

Seit den 1990-er Jahren werden gemeindebasierte Krankenkassen zur sozialen Gesundheitssicherung von ländlichen, afrikanischen Bevölkerungen gefördert. Trotz der kontinuierlich gestiegenen Zahl solcher lokaler Versicherungen bleibt ihre gesellschaftliche Reichweite eingeschränkt, denn die strukturell klein angelegten Kassen erreichen auch in ihrem begrenzten Einzugsgebiet selten mehr als 10% der Bevölkerung.

Vor dem Hintergrund dieser durchwachsenen Bilanz gemeindebasierter Krankenkassen wird ihre Bedeutung für die soziale Gesundheitssicherung und die Finanzierung universeller Gesundheitsversorgung in der entwicklungspolitischen Debatte in Frage gestellt. Da aber zumindest mittelfristig kaum formelle Sicherungsalternativen für ländliche afrikanische Bevölkerungen bestehen, sind Analysen zu den Ursachen niedriger Mitgliederzahlen solcher Kassen und ihrer potenziellen gesellschaftlichen Reichweite nach wie vor von entwicklungspolitischer Relevanz.

Diese empirische Forschung beleuchtet den Kontext zweier Krankenkassen im ländlichen Mali und trägt zur Schließung einer doppelten Forschungslücke bei: Sie stellt einen sozialwissenschaftlichen Beitrag zur Ursachenanalyse niedriger Versichertenzahlen in ländlichen Gebieten Afrikas dar, indem sie an bestehende Vergleichsstudien zu versicherten und nicht-versicherten Haushalten anschließt, die Analyseperspektive aber über sozioökonomische Lagen hinaus um weitere relevante Dimensionen erweitert und aussagekräftige Einflussgrößen systematisch aufeinander bezieht und erklärt. Zudem trägt die Forschung zur bisher fragmentierten Gesellschaftsanalyse Afrikas bei - durch die Entwicklung eines analytischen Bezugsrahmens und eines darauf aufbauenden Methodenansatzes, die sozioökonomische Lagen von Haushalten mit ihren soziokulturellen Orientierungen sowie intrafamiliären Strukturen einschließlich ihrer Muster der Entscheidungsfindung verknüpfen.

Lehrstuhl für Entwicklungssoziologie
Kulturwissenschaftliche Fakultät
Universität Bayreuth



Gesundheitssicherung im Kontext sozialer Differenzierung im westlichen Sahel

Zur gesellschaftlichen Reichweite gemeindebasierter Krankenkassen im ländlichen Mali

Dissertation

Alexander Schulze



Gesundheitssicherung im Kontext sozialer Differenzierung im westlichen Sahel

**Zur gesellschaftlichen Reichweite
gemeindebasierter Krankenkassen im ländlichen Mali**

Dissertation zur Erlangung der Würde
eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)
im Fach Soziologie

vorgelegt der
Kulturwissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bayreuth

von
Alexander Schulze

2012

Genehmigt von der Kulturwissenschaftlichen Fakultät
der Universität Bayreuth auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. Dieter Neubert und Frau Prof. Dr. Erdmute Alber.

Bayreuth, den 7. November 2012

Prof. Dr. Ludwig Haag
Dekan

Für Herta

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	8
ABBILDUNGS- UND FOTOVERZEICHNIS	9
ABKÜRZUNGEN	10
GLOSSAR	12
DANKSAGUNG	15
1. EINLEITUNG IN DIE THEMATIK	16
2. SOZIAL- UND ENTWICKLUNGSPOLITISCHER KONTEXT DER GESUNDHEITSSICHERUNG	24
3. SOZIALE SICHERUNG VON GESUNDHEIT	30
3.1. Definitionen und Steuerungstypen sozialer Sicherung	30
3.2. Formen und Entwicklungen sozialer Sicherung in OECD-Staaten	34
3.2.1. Wohlfahrtsstaatliche Sicherungsregime	35
3.2.2. Markt- und solidaritätsbasierte Sicherungsformen	38
3.3. Formen und Entwicklungen sozialer Sicherung in afrikanischen Gesellschaften	41
3.3.1. Öffentliche und marktgesteuerte Sicherungsmechanismen	42
3.3.2. Solidaritätsbasierte Sicherungsformen	44
4. GEMEINDEBASIERTE KRANKENKASSEN UND DAS PROBLEM NIEDRIGER VERSICHERTENZAHLEN	49
4.1. Steuerungsmodus und Funktionsprinzipien der mutuelles de santé	49
4.2. Niedrige Versichertenzahlen – eine zentrale Herausforderung	51
4.3. Ursachen niedriger Versichertenzahlen - Erkenntnisstand und Forschungslücken	54
4.3.1. Krankenversicherer	56
4.3.1.1. Fehlende Unterstützung bei der Ausgestaltung gemeindebasierter Krankenkassen	56
4.3.1.2. Mangelnde Informationsarbeit und Mitbestimmung potenzieller Versicherter	58
4.3.1.3. Schwache Selbstverwaltung der Krankenkassenvereine	58
4.3.1.4. Fehlende institutionelle Rahmenbedingungen gemeindebasierter Krankenkassen	59
4.3.2. Anbieter von Gesundheitsdiensten	60
4.3.2.1. Mangelnde Qualität von Gesundheitsdiensten	60
4.3.2.2. Erschwerter geographischer Zugang zu Gesundheitsdiensten	61
4.3.3. Spannungsverhältnis zwischen Krankenversicherer und Leistungsanbieter	62
4.3.4. Potenzielle Versicherte	63
4.3.4.1. Vertrauen in die Krankenkassenführung und lokalpolitischer Kontext	63
4.3.4.2. Sozioökonomische Lage und Armut	64
4.3.4.3. Soziokulturelle Faktoren	64
4.4. Wesentliche Forschungslücken in der Analyse niedriger Versichertenzahlen	66
4.5. Forschungsziele und Fragestellungen	66
5. ZUGÄNGE ZUR ANALYSE SOZIALER DIFFERENZIERUNG	70

5.1.	Sozialstrukturanalyse von Gesellschaften der OECD-Staaten	71
5.1.1.	Von Ständen, Klassen und Schichten zu sozialen Lagen und Milieus	72
5.1.2.	Empirische Entwicklungen von sozialen Lagen, Milieus und Lebensstilen	76
5.2.	Analyse sozialer Differenzierung in afrikanischen Gesellschaften	79
5.2.1.	Sozioökonomische Differenzierung entlang von Armut und Verwundbarkeit	79
5.2.2.	Soziokulturelle Differenzierung entlang von Ethnizität und Konsumpraxis	84
5.2.3.	Soziopolitische Differenzierung entlang des Zugangs zu öffentlichen Ressourcen	88
5.3.	Analytischer Bezugsrahmen für das ländliche Mali	92
5.3.1.	Elemente des Bezugsrahmens	92
5.3.2.	Strukturanpassungsmaßnahmen und veränderte Lebensführungsmuster – ein Anwendungsbeispiel	98
6.	GESAMTGESELLSCHAFTLICHER KONTEXT UND DIFFERENZIERUNGSELEMENTE VON LEBENSFÜHRUNGSMUSTERN IN MALI	101
6.1.	Sozioökonomische Differenzierungen und das Wirtschaftssystem	101
6.2.	Soziokulturelle Differenzierungen	107
6.2.1.	Ethnisch gefasste Differenzierungen	107
6.2.2.	Religiöse Identitäten	110
6.2.3.	Werthaltungen	111
6.2.4.	Familienformen und Muster der Entscheidungsfindung	114
6.3.	Nationaler Dezentralisierungsprozess und lokaler sozio-politischer Kontext	117
6.4.	Gesundheitssicherung und der sozial-räumliche Kontext	122
6.4.1.	Systeme sozialer Sicherung	122
6.4.2.	Gesundheitsversorgung	128
7.	STRUKTUREN SOZIALER DIFFERENZIERUNG IN DEN UNTERSUCHUNGSGEBIETEN	134
7.1.	Die ländliche Gesundheitszone Cinzana-Gare	136
7.2.	Die ländliche Gesundheitszone Kourouma	142
8.	METHODEN-MIX FÜR DEN VERGLEICH VON HAUSHALTEN	147
8.1.	Zusammenarbeit im Forschungsteam	150
8.2.	Explorative Phase	151
8.3.	Standardisierte Haushaltsbefragungen	152
8.3.1.	Definitionen und Operationalisierung des Haushaltsbegriffs	153
8.3.2.	Konstruktion der Fragebögen	156
8.4.	Festlegung des Stichprobeverfahrens	159
8.5.	Vorbereitung der Interviewenden im Rahmen einer partizipativen Schulung	161
8.6.	Test der Erhebungsinstrumente und Durchführung der Haushaltsbefragung	163
8.7.	Rückgabe erster Ergebnisse an Gemeindeverantwortliche und Befragte	165
8.8.	Gruppendiskussionen und Einzelinterviews	166
8.9.	Vom Aufbau der Datenbanken zur Datenerfassung, -Bereinigung und -Analyse	170

9.	KRANKENKASSENBEITRITT IM KONTEXT SOZIALER DIFFERENZIERUNG	173
9.1.	Keine sozioökonomische Besserstellung versicherter Haushalte	174
9.2.	Geringer Einfluss sozial-räumlicher Faktoren	177
9.3.	Bedeutung dörflicher Herkunft der Krankenkassenverantwortlichen und lokaler Meinungsführer	179
9.4.	Größere Entscheidungsfreiheit von Haushalten aus kleineren Familien	183
9.4.1.	Familienstrukturen	183
9.4.2.	Muster der Entscheidungsfindung und Krankenkassenbeitritt	185
9.4.3.	Entscheidungsbeteiligung und Gesundheitssicherung im Krankheitsfall	189
9.4.4.	Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen und Krankenkassenmitgliedschaft	192
9.5.	Größere Wertschätzung sozialer Neuerungen unter Versicherten	193
9.6.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	202
10.	HAUSHALTSTYPEN UND SOZIALER WANDEL IM LÄNDLICHEN MALI	207
10.1.	Eine Haushaltstypologie	207
10.2.	Prozesse sozialen Wandels in den untersuchten Lokalitäten	210
11.	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND FORSCHUNGSAUSBLICK	216
11.1.	Förderung gemeindebasierter Krankenkassen und entwicklungspolitische Praxis	216
11.2.	Analyse sozialer Differenzierungen in afrikanischen Gesellschaften	219
12.	LITERATURVERZEICHNIS	222
13.	ANHÄNGE	239
	Anhang 1: Tabellen und Abbildungen	239
	Anhang 2: Frageleitfäden für die Gruppendiskussionen	253
	Anhang 3: Frageleitfaden für die Einzelinterviews in ausgewählten Haushalten	261
	Anhang 4: Fragebogen zu Lebensführungsmustern von Haushalten	262
	Anhang 5: Fragebogen zu Sicherungsstrategien von Haushalten	300

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formen der sozialen Sicherung	48
Tabelle 2: Bestehende und geplante formelle Sicherungsmechanismen im Gesundheitsbereich in Mali	124
Tabelle 3: Sozioökonomische Lage der Befragten in beiden Lokalitäten	177
Tabelle 4: Einflussfaktoren der Krankenkassenmitgliedschaft nach Dimensionen sozialer Differenzierung	199ff.
Tabelle 5: Übersicht Gruppendiskussionen	240
Tabelle 6: Versichertenzahlen pro Dorf in der Gesundheitszone Cinzana-Gare (Stand Ende 2006)	241f.
Tabelle 7: Versichertenzahlen pro Dorf in der Gesundheitszone Kourouma (Stand Anfang 2007)	243
Tabelle 8: Parameter des sozioökonomischen Indexes	244f.
Tabelle 9: Sozioökonomische Charakteristika der untersuchten Haushalte	246
Tabelle 10: Ersparnisse und ihre Verwendung	247
Tabelle 11: Geographische Distanz	247
Tabelle 12: Einschulung von Kindern	248
Tabelle 13: Haushaltsinterne und Familienstruktur der untersuchten Haushalte	249
Tabelle 14: Entscheidungsfindung im Krankheitsfall	250
Tabelle 15: Wertschätzung verschiedener Gesundheitsanbieter	250
Tabelle 16: Gesundheitsversorgung im letzten Krankheitsfall	251
Tabelle 17: Krankheit als Risiko, Problem und Katastrophe	251

Abbildungs- und Fotoverzeichnis

Abbildung 1: Bezugsrahmen sozialer Differenzierung auf Ebene von Lebensführungsmustern	95
Abbildung 2: Das formelle Gesundheitssystem Malis	129
Abbildung 3: Die Untersuchungsgebiete in Mali	134
Abbildung 4: Die Gesundheitszone Cinzana-Gare	137
Abbildung 5: Die Gesundheitszone Kourouma	145
Abbildung 6: Verwendeter Methodenmix	148
Abbildung 7: Phasen empirischer Sozialforschung	149
Abbildung 8: Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren des Krankenkassenbeitritts	206
Abbildung 9: Haushaltstypen und Lebensführungsmuster	210
Abbildung 10: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung im Rahmen des Mix Method-Ansatzes	252
Foto 1: Präsentation vorläufiger Ergebnisse in Cinzana-Gare	166
Foto 2: Gruppendiskussion mit Haushaltsvorständen	168
Foto 3: Einzelinterview mit einer Frau aus einer kleinen Familie	169
Foto 4: Einzelhaushalt	184
Foto 5: Teil einer Großfamilie	184

Abkürzungen

AIDS	<i>Acquired Immuno-Deficiency Syndrome</i>
AMO	<i>Assurance Maladie Obligatoire</i>
AMV	<i>Assurance Maladie Volontaire</i>
ANAM	<i>Agence Nationale d'Assurance / Assistance Médicale</i>
ANICT	<i>Agence Nationale d'Investissements des Collectivités Territoriales</i>
ANMC	<i>Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne</i>
ASACO	<i>Association de Santé Communautaire</i>
CMDT	<i>Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles</i>
CROCEP	<i>Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Exécution du PRODESS</i>
CSCOM	<i>Centre de Santé Communautaire</i>
CSCR	<i>Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (2007-2011), de facto der 2. malische Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté</i>
CSLP	<i>Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (2002-2006)</i>
CVD	<i>Comité Villageois de Développement</i>
DAC	<i>Development Assistance Committee der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)</i>
EU	<i>Europäische Union</i>
FELASCOM	<i>Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire</i>
FENASCOM	<i>Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire</i>
FERASCOM	<i>Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire</i>
FODESA	<i>Programme Fonds pour le Développement en Zone Sahélienne</i>
GATS	<i>General Agreement on Trade in Services</i>
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccines and Immunization</i>
GEFRAD	<i>Groupe d'Etude, de Formation et de Recherche-Action pour le Développement Durable</i>
GIZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit</i>
HIV	<i>Human Immuno-Deficiency Virus</i>
IAMANEH	<i>International Association for Maternal and Neonatal Health</i>
ICRISAT	<i>International Centre for Research in the Semi-Arid Tropics</i>
ILO	<i>International Labour Organisation</i>
INPS	<i>Institut National de Prévoyance Sociale</i>
JICA	<i>Japan International Cooperation Agency</i>
KI	<i>Konfidenzintervall (statistisches Maß)</i>
LLDC	<i>Least Developed Countries</i>

MIPROSK	<i>Mutuelle Interprofessionnelle de Santé de Kourouma</i>
MMV	<i>Medicines for Malaria Venture</i>
MUSAC	<i>Mutuelle de Santé de Cinzana</i>
MUSARS	<i>Mutuelle de Santé Régionale de Sikasso</i>
NSNE	<i>Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung</i>
OECD	<i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i>
PACR	<i>Programme d'Appui aux Communes Rurales</i>
PACT	<i>Programme d'Appui aux Collectivités Territoriales</i>
PDDSS	<i>Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social</i>
PISAM	<i>Projet Intégré de Santé et d'Activités Mutualistes</i>
PPTE	<i>Fonds des Pays Pauvres Très Endettés</i>
PRECAD	<i>Projet de Renforcement des Capacités pour une Agriculture Durable</i>
PRODESS	<i>Programme d'Orientation de Développement Socio-Sanitaire</i>
PRSP	<i>Poverty Reduction Strategy Paper</i>
P4H	<i>Providing for Health</i>
QV	<i>Quotenverhältnis (statistisches Maß)</i>
RAMED	<i>Régime d'Assistance Maladie</i>
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SRAC	<i>Station de Recherche Agronomique de Cinzana</i>
STEP	<i>Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
UTM	<i>Union Technique de la Mutualité Malienne</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WTO	<i>World Trade Organization</i>

Glossar

<i>Adverse selection</i>	Englisch für versicherungstechnischen Term, der das Problem der unvorteilhaften Zusammensetzung von Versicherten (z. B. überproportional viele ältere, kranke Menschen) in einer Krankenkasse beschreibt
<i>Baara Tòn</i>	Bamana für Vereinigung der Arbeiter
<i>Badenya</i>	Bamana für Kinder derselben Mutter
<i>Bamana</i>	Die vorherrschende Verkehrssprache (<i>lingua franca</i>) Malis
<i>Bazin</i>	Einfarbige, in sich gemusterte Damaststoffe, deren Musterung durch eine spezielle Gewebebindung erzielt wird, die nur auf Jacquard-Webstühlen möglich ist (Bauer 2007: 397)
<i>Beni Hilal / Hassan</i>	Beduinen
<i>Benti</i>	Fulfulde für die Gruppe einer Familie, die mit den schwachen und milchgebenden Tieren im Heimatdorf verbleibt
<i>Bloon</i>	Bamana für Vorhalle eines Familiengehöfts
<i>Boubou</i>	Französisch für Obergewand eines zwei- oder dreiteiligen Kleidungsensembles, das bei Männern seitlich offen über einem Hemd und Hose bzw. als schmales Gewand mit langen Ärmeln über der Hose ohne zusätzliches Hemd getragen wird; Frauen tragen die seitlich offene Variante mit Kopf- sowie einem Wickeltuch (Bauer 2007: 397)
<i>Cikètòn</i>	Bamana für Jugendvereinigung (meist auf Dorfebene), die gemeinsam Landwirtschaft betreibt
<i>Commitment</i>	Englisch für Engagement
<i>Concession</i>	Französisch für Wohneinheit (Gehöft)
<i>Dalifòlò</i>	Sénoufo für Großfamilienchef
<i>Denmisèniw</i>	Bamana für erwachsene, initiierte Männer
<i>Denw</i>	Bamana für Kinder des Großfamilienchefs
<i>Diawambé</i>	Fulfulde für Viehhändlerkaste
<i>Djeli</i>	Bamana für Kaste der Barden
<i>Dounti</i>	Fulfulde für die Gruppe einer Familie, die mit den Tieren in die umliegenden Weiden des Heimatdorfs zieht
<i>Du</i>	Bamana für Großfamilie
<i>Dugutigui</i>	Bamana für Dorfchef
<i>Dugutòn</i>	Bamana für Notablenrat (eines Dorfes)
<i>Dusèben</i>	Bamana für Familienbüchlein
<i>Dusô</i>	Bwa für Großfamilienchef
<i>Dutigui</i>	Bamana für Familienchef (oder auch <i>fa</i>)
<i>Dwaninw</i>	Bamana für Brüder des Großfamilienchefs
<i>Empowerment</i>	Englisch für Ermächtigung

<i>Flat rate</i>	Englisch für einheitlichen Beitrags-/Steuersatz ohne Abstufung nach Einkommensniveau
<i>Fonio</i>	Französisch für Couscous-ähnliche Frucht
<i>Free rider problem</i>	Englisch für Trittbrettfahrer-Problem
<i>Gaarsi</i>	Fulfulde für die Gruppe einer Familie, die mit den Tieren in weiter entlegene Gebiete zieht
<i>Gris-gris</i>	Französisch für Amulett zur Abwehrung böser Geister, von Hexerei und Krankheit etc.
<i>Gwa</i>	Bamana für matrilineare Beziehung zwischen Mutter und ihren leiblichen Kindern, Haushalt
<i>Haratin</i>	Hassaniya für Sklaven
<i>Hassaniya</i>	Sprache der Mauren
<i>Horon</i>	Bamana für Adelige und Freie
<i>Iklan (etobol), bella</i>	Tamaschek für Sklaven (unabhängige)
<i>Imajaren</i>	Tamaschek für Adelige
<i>Imrad</i>	Tamaschek für Vasallen
<i>Ineslemen</i>	Tamaschek für Korangelehrte
<i>Ishumar</i>	Tamaschek für arbeitslose, junge Tuareg
<i>Jokoramé</i>	Untergruppe der Fulbe
<i>Jom gaalé</i>	Fulfulde für Großfamilienchef
<i>Jon</i>	Bamana für Sklaven und Unfreie
<i>Ka</i>	Sarakolé für Großfamilie
<i>Kagumè</i>	Sarakolé für Großfamilienchef
<i>Karité</i>	Französisch für Baumfrucht im Sahel, aus der u. a. Butter, Seife und Öl hergestellt wird
<i>Kel Adrar</i>	Tamaschek für eine Untergruppe der Tuareg
<i>Kel Iforas</i>	Tamaschek für eine Untergruppe der Tuareg
<i>Kel Tamaschek</i>	Tamaschek für Tuareg
<i>Koroboro</i>	Bamana für die ethnische Gruppe der Songhay
<i>Korobogne</i>	Bamana für Ausdruck für Respekt vor älteren Personen
<i>Kulusitigiw</i>	Bamana für noch nicht initiierte junge Männer
<i>Laabe</i>	Fulfulde für Kaste der Holzschnitzer
<i>Lineage</i>	Verwandtschaftsgruppe, die von einem oder einer gemeinsamen Ahn(in) abstammt, wobei die Genealogie in allen Zwischenstufen bekannt und angebbbar ist (Müller 1992: 162f.)
<i>Mabuube</i>	Fulfulde für Weber- und Töpferkaste
<i>Maccube</i>	Fulfulde für Sklavenkaste
<i>Marka</i>	Bamana für die ethnische Gruppe der Sarakolé
<i>Mobaya</i>	Bamana für Räte der Weisen
<i>Modenw</i>	Bamana für Enkelkinder des Großfamilienchefs
<i>Musow</i>	Bamana für Ehefrauen des Großfamilienchefs
<i>Mussotòn</i>	Bamana für Frauenvereinigung (meist auf Dorfebene)

<i>Nieniibe</i>	Fulfulde für Handwerkerkaste
<i>Numu</i>	Bamana für Schmiedekaste
<i>Nyamakala</i>	Bamana für Angehörige der verschiedenen Kasten
<i>Ouro (wouro)</i>	Fulfulde für dauerhafte Siedlung, Heimatdorf
<i>Ownership</i>	Englisch für Identifikation (mit einer Sache)
<i>Pères blancs</i>	Französisch für weiße Väter, französischer Orden der katholischen Kirche
<i>Période de soudure</i>	Französisch für die Periode vor den Ernten, in denen viele Menschen, die ihren Lebensunterhalt durch Landwirtschaft sichern, kaum noch über Bargeld verfügen
<i>Rimaibe</i>	Fulfulde für Kaste der Leibeigenen
<i>Sakeebe</i>	Fulfulde für Sattlerkaste
<i>Sinankuniya</i>	Bamana für Scherzbeziehungen zwischen Personen mit unterschiedlichen Familiennamen, die auf einer Art fiktiver Verwandtschaft aufbauen
<i>Tamaschek</i>	Sprache der Tuareg
<i>Tòn</i>	Bamana für eine in der Regel dorfbasierte Vereinigung (z. B. von jungen Leuten, Frauen, Dorfbevölkerung), die bereits zu Zeiten des Malischen Reiches eine bedeutende Organisationsform darstellte
<i>Tondjons</i>	Sklaven, die zu Zeiten des 1. unabhängigen Bamana-Reiches vom Herrscher Biton zusammen gekauft und als Soldaten für die Verteidigung der Stadt Ségou und bei Feldzügen eingesetzt wurden
<i>Tòntigui</i>	Offiziersgruppierungen im Malischen Reich
<i>Wambaabe</i>	Fulfulde für Kaste der Barden
<i>Wayluube</i>	Fulfulde für Goldschmiedekaste
<i>Zakat al-Fitr</i>	Eine im Islam festgeschriebene Abgabe (Grundnahrungsmittel wie Getreide, Datteln, Geld etc.), die am Ende des Fastenmonats Ramadan von allen Gläubigen an Bedürftige entrichtet werden muss.
<i>Zawaya</i>	Hassaniya für Marabout
<i>Zenaga</i>	Hassaniya für Tributpflichtige

Danksagung

Auf dem langen Weg bis zur Fertigstellung dieser Dissertation haben mich einige Menschen auf unterschiedliche Art unterstützt, denen ich meinen herzlichen und aufrichtigen Dank aussprechen möchte.

Zu allererst möchte ich Prof. Dr. Dieter Neubert nicht nur dafür danken, dass er die Betreuung meines Promotionsvorhabens übernommen hat, sondern vor allem für seine äußerst kritisch-konstruktive und detaillierte Kommentierung all der Zwischenergebnisse, die ich ihm während der letzten Jahre vorgelegt habe. Die Klarheit seiner Kommentare und Vorschläge sowie seine Verfügbarkeit haben maßgeblich dazu beigetragen, dass ich die Dissertationsschrift letztlich habe einreichen können. Ebenso gilt mein Dank Frau Prof. Dr. Erdmute Alber, die nicht nur die Aufgabe als Zweitgutachterin übernommen hat, sondern auch wertvolle Literaturhinweise gab.

Außerdem möchte ich Prof. Dr. Klaus M. Leisinger danken, der mich als mein ehemaliger Vorgesetzter und damaliger Präsident der Novartis Stiftung nicht nur zu dieser Promotion ermutigt, sondern auch die Finanzierung der Datenerhebung und – Analyse ermöglicht hat.

Des Weiteren wäre insbesondere die Entwicklung einer den ländlichen Gegebenheiten Malis angepassten Methodologie und die Durchführung der Datenerhebungen nicht ohne die Zusammenarbeit mit meinen malischen Kollegen der Delegation der Novartis Stiftung und der *Groupe d'Etude, de Formation et de Recherche-Action pour le Développement Durable* möglich gewesen. Mein Dank geht an Oumar Niangado, Aly Barry, Mamadou Camara und Sayon Koné. In diesem Zusammenhang danke ich auch allen Interviewenden und vor allem Teilnehmenden der Befragungen, ohne deren Beitrag diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Ebenso danke ich Angela Pertinez, die einen Großteil der Dateneingabe mit großer Gewissenhaftigkeit vornahm. Ein weiterer, großer Dank gilt Tracy Glass nicht nur für die kompetente statistische Datenanalyse, sondern auch die inspirierenden Diskussionen der Ergebnisse. Auch Kristina Pelikan danke ich für die äußerst professionelle und kritisch-konstruktive Durchsicht der Arbeit.

Schließlich möchte ich mich von ganzem Herzen bei Simone bedanken, die nicht nur einen Teil der Dateneingabe übernahm. Über all die Jahre hatte sie auch unendlich viel Geduld und großes Verständnis dafür, dass viele, viele Wochenenden und auch Ferien mit der Dissertationsarbeit belegt waren und so weniger Zeit für uns ließen. Ohne diesen Rückhalt hätte ich nicht die nötige Ruhe und Konzentration gehabt, die Arbeit tatsächlich abzuschließen.

1. Einleitung in die Thematik

Soziale Sicherungssysteme befinden sich weltweit im Umbruch. Vor dem Hintergrund fortschreitender Globalisierungsprozesse stellt sich die Frage nach angemessenen Sicherungsmechanismen nicht nur für die Gesellschaften der OECD-Staaten. Auch in Ländern Asiens, Afrikas und Lateinamerikas sind angesichts eines sich rasch ändernden wirtschaftlichen und sozialen Umfeldes Reformbemühungen angezeigt. Infolge alternder Gesellschaften und belasteter Staatshaushalte stehen insbesondere die wohlfahrtsstaatlichen Regime Nord- und Westeuropas mit ihren umfassenden Leistungen unter Druck. Hingegen haben in vielen Ländern Afrikas südlich der Sahara die in den 1980-er Jahren eingeleiteten Strukturanpassungsmaßnahmen dafür gesorgt, dass ohnehin residuale öffentliche Sicherungssysteme gar nicht erst weiter ausgebaut wurden. Gleichzeitig wurde die Kostenbeteiligung im Bildungs- und Gesundheitssektor in Form von Nutzungs- bzw. Behandlungsgebühren eingeführt. Schließlich belasten vielerorts Migration, HIV/AIDS und sozioökonomische Armut informelle Sicherungsmechanismen innerhalb von Familie, Verwandtschaft und Dorfgemeinschaft.

Nachdem sich Mitte der 1990-er Jahre die sozialen Folgen der Strukturanpassungsmaßnahmen deutlicher offenbarten, wurde die internationale Entwicklungspolitik wieder verstärkt auf Armutsbekämpfung ausgerichtet. In diesem Zusammenhang werden Maßnahmen zur sozialen Sicherung zum einen als Mittel zur Vermeidung bzw. Eindämmung von Armut und Verwundbarkeit verstanden. Zum anderen soll eine verbesserte soziale Absicherung Produktivitätskapazitäten und Risikobereitschaft unter den ärmeren Bevölkerungssegmenten fördern (Kohlmorgen 2004: 58f.; Gsänger 2004: 87). Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Auf- und Ausbau formeller Formen sozialer Sicherung. Insbesondere im Bereich der Gesundheitssicherung wurde eine Vielzahl an Modellen entwickelt, u. a. verschiedene Krankenkassensysteme. Für zuvor ausgeschlossene Gruppierungen wie Arbeitende des informellen Beschäftigungssektors und ländliche Bevölkerungen, die in Entwicklungsländern durch öffentlich-staatlich organisierte Systeme schwerlich erfasst und finanziert werden können, ist lange Zeit vor allem die freiwillige Mitgliedschaft in Krankenkassenvereinen auf Gegenseitigkeit bzw. gemeindebasierten Versicherungen (*mutual health organisations* bzw. *mutuelles de santé*) propagiert worden. Die internationale Zusammenarbeit hat sich dementsprechend bemüht, solche formellen und vornehmlich auf Solidarität beruhenden Sicherungsmechanismen für die zuvor ausgeschlossenen Bevölkerungsgruppen auszubauen, ohne dabei ihre informellen Sicherungsformen und Selbsthilfekapazität zu schwächen (Huber et al. 2003:14; Gsänger 2004: 84)¹.

¹ Das *International Labour Office* (ILO) hat eine eigene Abteilung für Fragen der sozialen Sicherung (*Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty* - STEP). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Weltbank, die deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) sowie die französische, schweizerische und US-amerikanische

Wie die Bilanz der letzten zwei Jahrzehnte zeigt, haben auch Mitglieder von gemeindebasierten Kassen in der Regel höheren Schutz vor finanziellen Folgen von Gesundheitsproblemen als unversicherte Personen (Ekman 2004: 252; Jütting 2004: 114; Miller Franco et al. 2008: 833ff.; Schneider & Diop 2001; Jowett, Contoyannis & Vinh 2003). Zudem ist durch die Unterstützung der internationalen Zusammenarbeit die Zahl gemeindebasierter Krankenversicherungen in vielen Ländern West- und Zentralafrikas kontinuierlich angestiegen (Gamble-Kelley et al. 2006). Es zeigt sich aber, dass die gesellschaftliche Reichweite solcher Lokalversicherungen eingeschränkt bleibt, denn sie erreichen in den allermeisten Fällen nur eine Minderheit der Bevölkerung. Dies liegt zum einen daran, dass die Anzahl gemeindebasierter Krankenkassen trotz stetigem Wachstum weiterhin überschaubar bleibt. Zum anderen sind **gemeindebasierte** Kassen nicht nur strukturell klein angelegt, sondern erreichen auch in ihrem begrenzten Einzugsgebiet kaum 10% der Bevölkerung (de Allegri et al. 2006b: 852; Ekman 2004: 253). Die große Mehrzahl der zumeist ehrenamtlich geführten Kassenkassenvereinigungen kommt lediglich auf einige hundert bis zweitausend Versicherte (Concertation 2004: 28; Baeza et al. 2002: 36)². Vielfach ist auch die Beitragsdisziplin gering ausgeprägt, weshalb die Einnahmen aus Prämien nicht der Anzahl Versicherter entsprechen (Betz 2004: 21). Angesichts dieser niedrigen Versichertenzahlen wird nicht nur das sozial- und entwicklungspolitische Ziel verfehlt, möglichst einen großen Teil der benachteiligten Bevölkerungsgruppen vor krankheitsbedingten Kosten zu schützen. Die Tatsache, dass die meisten Kassen nicht nur lokal begrenzt agieren, sondern auch ihr ohnehin beschränktes Versichertenpotenzial nicht ausschöpfen, setzt enge Grenzen für Art und Umfang des Versichertenschutzes. Ebenso schränkt dies auch die Ressourcenmobilisierung durch Krankenkassenvereine für die Finanzierung von öffentlichen Gesundheitsdiensten ein, die sich in vielen afrikanischen Ländern seit den Strukturanpassungsmaßnahmen über Behandlungsgebühren teilfinanzieren müssen (Ekman 2004: 252).

Vor dem Hintergrund dieser durchwachsenen Bilanz gemeindebasierter Krankenkassen wird ihre Bedeutung für die soziale Gesundheitssicherung und die Finanzierung universeller Gesundheitsversorgung in der entwicklungspolitischen Debatte mehr denn je in Frage gestellt. Auch wenn verstärkt Bemühungen laufen, national organisierte Krankenversicherungssysteme auszubauen und den verpflichtenden Beitritt graduell auf größere Bevölkerungsteile auszudehnen, so wird die freiwillige Mitgliedschaft in gemeindebasierten Krankenkassen für die große Mehrzahl der Bevölkerung in vielen frankophonen Ländern Afrikas auf absehbare Zeit eines der wenigen finanzierbaren Instrumente der Gesundheitssicherung bleiben. Daher sind Analysen zu den Ursachen geringer Versichertenzahlen von

Entwicklungszusammenarbeit unterstützen den Aufbau von unterschiedlichen Modellen sozialer Gesundheitssicherung (*social health protection*) einschließlich gemeindebasierter Krankenversicherungen.

² Von 366 operierenden Krankenversicherungen, die ein Inventar zu gemeindebasierten Krankenkassen in West- und Zentralafrika ausweist, hatten 2004 90,7% weniger als 1000 Mitglieder und 86,7% weniger als 2000 Versicherte (Concertation 2004: 27f.).

gemeindebasierten Krankenkassen und ihrer potenziellen gesellschaftlichen Reichweite nach wie vor von entwicklungspolitischer Relevanz.

Die bisher vorliegenden Arbeiten haben sich vornehmlich auf die technischen, organisatorischen und finanziellen Aspekte der Krankenkassen und der von ihnen unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste konzentriert. Somit sind auch die Art und der Umfang der abgedeckten Leistungen, die Professionalität des Krankenkassen-Managements sowie die Qualität der unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste als relevante Einflussgrößen der Krankenkassenmitgliedschaft herausgearbeitet worden (vgl. Waelkens & Criel 2002: 163; de Allegri et al. 2006a: 1523; Jütting 2005: 115).

Wenige Studien thematisieren den sozialen Kontext, in den solche lokalen Krankenkassen eingebettet sind. Dazu gehören die Bedeutung von Machtkonstellationen, Meinungsführern sowie das Vertrauen der potenziellen Nutzer in die Krankenkassenführung (Waelkens und Criel 2004: 62f.; Schneider 2005: 1434; de Allegri et al. 2006a: 1524; Mladovsky & Mossialos 2008: 594ff.). Schließlich gibt es eine Reihe erster quantitativ ausgerichteter Vergleichsstudien zwischen versicherten und unversicherten Haushalten, die insbesondere die sozioökonomische Lage der potenziellen Begünstigten beleuchten (Jütting 2005: 105)³. Die Evidenzen in Bezug auf die Bedeutung der sozioökonomischen Lage für den Krankenkassenbeitritt sind dabei nicht eindeutig⁴. De Allegri et al., Jütting und Miller Franco et al. beziehen zudem potenzielle soziokulturelle Einflussgrößen in die Analyse ein und kommen zum Ergebnis, dass u. a. bestimmte ethnische und religiöse Zugehörigkeiten, die Mitgliedschaft in anderen Organisationen sowie eine negative Einstellung gegenüber „traditioneller“ einheimischer Medizin mit der Krankenkassenmitgliedschaft korrelieren (Ekman 2004: 254; de Allegri et al. 2006b: 856; Jütting 2005: 112; Miller Franco et al. 2008: 833).

Insgesamt zeigen sich jedoch drei wesentliche Lücken in diesen Vergleichs- und Ursachenanalysen. Erstens: Die soziokulturellen Faktoren sind bisher nicht mit derselben Systematik untersucht worden, wie dies für die sozioökonomischen Lagen der Fall ist. Es fehlt weitestgehend an zugrundeliegenden Hypothesen, die die Auswahl der zu beleuchtenden soziokulturellen Einflussfaktoren leiten. Darüber hinaus sollten die Befunde genauso quantifizierbar sein, wie dies für sozioökonomische Lagen der Fall ist. Zweitens sind im Zusammenhang mit der Krankenkassenmitgliedschaft bisher weder intrafamiliäre und Haushaltsstrukturen noch die damit zusammenhängenden Muster der Entscheidungsfindung untersucht worden. Dementsprechend konstatieren

³ Dies geht auf den Umstand zurück, dass gesundheitsökonomische Analysen insbesondere auf drei potenzielle Wirkungen von Krankenkassen auf Versicherte fokussieren: Verbesserter Zugang zu (kurativen) Gesundheitsdiensten, der sich in höheren Nutzungsraten äußert, verbesserter finanzieller Schutz vor krankheitsbedingten Kosten, der sich in niedrigeren Barzahlungen zeigt, und schließlich Einschluss von ärmeren und benachteiligten Bevölkerungssegmenten in die Krankenkassen (Miller Franco et al. 2008: 832-835).

⁴ Dies zeigt auch Gumber 2001 für Indien, während Jowett 2003 für Vietnam weniger eindeutige Evidenzen präsentiert. Ranson 2006 wiederum weist für Indien aus, dass gemeindebasierte Versicherungen gar überproportional viele ärmere Haushalte erreichen.

Prud'Homme und Traoré mit Bezug auf den Aufbau einer regionalen Krankenkasse in Mali:

„Zweifelloos wäre es gut, die Zielgruppe besser zu kennen. Es ist entscheidend, zu verstehen, wie Familien funktionieren und wer wann und welche Entscheidung über Gesundheitsangelegenheiten trifft“ (Prud'Homme & Traoré 2010: 70).

Drittens werden die sich in quantitativen Analysen als signifikant erweisenden Einflussgrößen nicht systematisch aufeinander bezogen und in ihrer Wechselwirkung erklärt.

Ausgangspunkt dieser Forschungsarbeit waren anekdotische Evidenzen aus einem Gesundheitsprojekt im ländlichen Mali, an dessen Ausarbeitung und Umsetzung der Autor dieser Arbeit als Programmverantwortlicher der Novartis Stiftung⁵ beteiligt war. Insofern hatte der Autor als Forscher und Programmverantwortlicher eine Doppelrolle inne, wobei die Stiftung sowohl das Gesundheitsprojekt als auch die Promotionsforschung größtenteils finanzierte. Im Rahmen dieses fünfjährigen Pilotprojekts (2001-2006) in der ländlichen Gemeinde Cinzana (Region Ségou) wurde die Verbesserung von Angebot und Qualität lokaler Gesundheitsdienste mit dem Aufbau einer Krankenkasse verknüpft, um so den Zugang der ländlichen Bevölkerung zu primären Gesundheitsdiensten zu erleichtern und darüber letztlich einen Beitrag zu einer verbesserten Gesundheitssituation zu leisten.

Obschon die Krankenversicherung *Mutuelle de Santé de Cinzana*⁶ durch ein ehrenamtliches Management solide geführt und Ende 2006 fast 15% der angestrebten Versicherten erreichte, blieb die Mehrzahl der über 12'000 Einwohner und Einwohnerinnen ihr weiterhin fern (Niangado et al. 2006). Die anekdotischen Befunde ließen darauf schließen, dass sozioökonomische Schlechterstellung den hohen Anteil unversicherter Haushalte nicht **hinreichend** begründen kann (Schulze, in Druck). Vielmehr zeigte sich, dass unterschiedliche Haushalts- und Familienstrukturen, Werthaltungen, Einstellungen und Ausgabeprioritäten bisher kaum berücksichtigtes Erklärungspotenzial für die Entscheidung für oder gegen die Krankenkassenmitgliedschaft bieten. So lehnten in einigen Dörfern etliche Haushalte den Krankenkassenbeitritt mit dem Hinweis ab, dass für sie die Vorsorge für den Krankheitsfall letztlich das Provozieren von Krankheit bedeute. In anderen Dörfern wurde die Krankenkassenprämie als zusätzliche Steuer der Gemeinde wahrgenommen, da neben der Krankenkassenführung auch einige Gemeinderäte an der Informationskampagne beteiligt waren. Zudem fiel auf, dass viele Haushalte und Familien hohe Summen für soziale Ereignisse wie Hochzeiten und Taufen aufzubringen vermochten, was auf andere Ausgabeprioritäten schließen ließ.

Mit dieser empirischen Forschung soll zur Schließung einer doppelten Forschungslücke beigetragen werden. Zum einen knüpft die Arbeit zwar an die

⁵ Vgl. www.novartisfoundation.org

⁶ In dieser Arbeit werden die *mutuelles de santé* als gemeindebasierte Krankenkassen bezeichnet, da sie im ländlichen, malischen Kontext zumindest eine Gemeinde als Wirkungsgebiet abdecken. Dies gilt auch für die beiden untersuchten Krankenkassen.

bestehenden Vergleichsstudien zu versicherten und unversicherten afrikanischen Haushalten an (Schneider & Diop 2004; Jütting 2005; de Allegri et al. 2006b; Miller Franco et al. 2008), erweitert aber die Analyseperspektive über sozioökonomische Lagen hinaus, um soziokulturelle Orientierungen und intrafamiliäre Strukturen dieser Haushalte einschließlich ihrer Muster der Entscheidungsfindung. Leitende These ist in diesem Zusammenhang, dass sozioökonomische Differenzierungen in ihrer Bedeutung für den Beitritt bzw. das Fernbleiben überschätzt, hingegen Einstellungen und Werthaltungen wie z. B. die Offenheit bzw. das Misstrauen gegenüber sozialen Neuerungen unterschätzt werden. Außerdem ist es Ziel, über statistische Signifikanzen hinaus aussagekräftige Einflussgrößen systematisch zusammenzuführen und aufeinander zu beziehen, so dass sich letztlich verschiedene Muster der Lebensführung zeigen, die mit Krankenkassenmitgliedschaft bzw. ihrer Ablehnung einhergehen. Insofern stellt die Arbeit einen sozialwissenschaftlichen Beitrag zur Ursachenanalyse niedriger Versichertenzahlen in ländlichen Gebieten Afrikas dar.

Zum anderen bestehen aber bisher kaum Analysemodelle, die neben sozioökonomischen Lagen auch systematisch andere soziale Differenzierungsmerkmale von Haushalten in afrikanischen Gesellschaften berücksichtigen (Neubert 2005: 178, 187f.). Daher besteht ein weiteres Forschungsziel dieser Arbeit darin, einen Bezugsrahmen zu erstellen, der analytisch sozioökonomische Charakteristika von Haushalten mit ihren soziokulturellen Orientierungen sowie Haushalts- und Familienstrukturen verknüpft. Zudem muss dieser auch im Rahmen größerer Haushaltsuntersuchungen und im Kontext des ländlichen Malis anwendbar sein. Dementsprechend gehört die Entwicklung eines angemessenen Methodenansatzes zur Operationalisierung des Bezugsrahmens ebenfalls zur Forschungsarbeit. Auch wenn ein solcher Analyserahmen naturgemäß auf Elemente fokussiert, die einen potenziellen Einfluss auf Krankenkassenmitgliedschaft haben und zudem für Haushalte im **ländlichen Mali** relevant sind, so stellt er doch einen Beitrag zu der bisher fragmentierten Gesellschaftsanalyse Afrikas dar - eines der drei wesentlichen entwicklungssoziologischen Forschungsfelder (Neubert 2001a: 48).

Der im Kapitel 5 vorgestellte analytische Bezugsrahmen baut auf Modellen der Sozialstrukturanalyse auf, wie sie auf Gesellschaften der OECD-Staaten angewendet werden. Insbesondere das Konzept der Lebensstile wurde auf seine Brauchbarkeit und Anpassungsfähigkeit für den malischen Kontext überprüft. Des Weiteren wurden lokal relevante Kategorien aus entwicklungspolitisch orientierten Armuts- und Verwundbarkeitsanalysen (*livelihood approach*) sowie aus der ethnologischen Forschung zu Konsum, Milieu, Familie und Generationenbeziehungen verwendet. Die hier untersuchte Ebene sozialer Differenzierung sind Lebensführungsmuster von Haushalten. Danach konstituieren sich die jeweiligen Typen von Lebensführungsmustern vornehmlich aus verschiedenen Kombinationen sozioökonomischer Charakteristika und soziokultureller Orientierungen von Haushalten sowie ihrer internen Struktur einschließlich ihrer Einbindung in die weiter gefasste Großfamilie und andere soziale Netzwerke. Entscheidungsfindungsstrukturen auf der

Ebene von Haushalten und Familien - beispielsweise bezüglich Sicherungsstrategien – werden durch ihre jeweiligen Lebensführungsmuster geprägt und spiegeln diese letztlich wider.

Zur Operationalisierung des Analyserahmens wurde ein Methodenmix mit verschiedenen, sequentiell nacheinander eingesetzten Instrumenten entwickelt. Die zentrale Überlegung hinter dieser Art des Methodenmixes war, qualitative Erhebungsmethoden nicht nur für die explorative Phase einzusetzen, sondern auch mit ihrer Hilfe Ergebnisse aus der quantitativ-statistischen Datenanalyse besser interpretieren und Erklärungsmuster entwickeln zu können. Das Kernelement des gewählten Methodenmixes waren **Haushaltsbefragungen zu Lebensführungsmustern und Sicherungsstrategien**. Insgesamt wurden 600 Haushaltsvorstände in zwei Lokalitäten befragt. Davon waren in jedem der zwei Untersuchungsgebiete jeweils 200 Haushalte unversichert und 100 versichert. In einer zweiten Runde wurde nochmals die Hälfte der 600 Haushaltsvorstände zu Sicherungsstrategien befragt, dieses Mal jeweils 100 versicherte und 50 unversicherte Haushalte in jeder Lokalität. Den Haushaltsbefragungen war eine explorative Phase einschließlich Gruppendiskussionen und Einzelgesprächen vorgeschaltet, während derer vor allem lokal relevante Kategorien sozialer Differenzierung identifiziert wurden. Im Anschluss an die Haushaltsbefragungen wurden den Gemeindeverantwortlichen und Befragten erste vorläufige Ergebnisse visuell präsentiert, deren Diskussion neue Gesichtspunkte hervorbrachte, die für die weitere Datenauswertung und – Erhebung genutzt werden konnten. Abschließend wurden 20 Gruppendiskussionen sowie 24 Einzelinterviews in ausgewählten Familien durchgeführt, um Einsichten in die Entscheidungsfindungsmuster von Haushalten und Familien zu gewinnen.

Haushalte standen aus zwei Gründen im Fokus der Forschung: Zum einen sind sie die Mitgliedseinheiten der untersuchten Krankenversicherungen. Zum anderen stellen Haushalte im gesellschaftlichen Gefüge wesentliche Träger von Lebensführungsmustern dar, denn sie prägen das Handeln ihrer Mitglieder in hohem Maße (Hahn 2005: 108). Dies geschieht z. B. durch das Übertragen von Werten zwischen den Generationen und das Teilen von Ressourcen (Literaturhinweis). Überdies sind Haushalte Einheiten der Entscheidungsfindung für unterschiedliche Lebensbereiche (Guyer 1981: 98). Insofern eignen sie sich als maßgebliche soziale Akteure gut für einen Vergleich, auch in Gesellschaften außerhalb der OECD-Staaten (Fischer 1996: 237).

Die Untersuchungen wurden in den ländlichen Gesundheitszonen Cinzana-Gare in der Region Ségou sowie Kourouma in der Region Sikasso durchgeführt. Der Vergleich zweier **ländlicher** Gegenden in **Mali** ist insofern sinnvoll, als gemeindebasierte Krankenkassen des Typs der *mutuelle de santé* bis anhin vor allem im frankophonen West- und Zentralafrika und für bäuerliche Bevölkerungen gefördert werden. Zudem war der Autor durch seine Arbeit als Programmverantwortlicher bereits mit den malischen *mutuelles de santé* und im Speziellen mit jener in der Gesundheitszone Cinzana-Gare vertraut, weshalb diese auch untersucht wurde. Kourouma machte als Vergleichslokalität Sinn, da es sich klimatisch, sozioökonomisch

und –kulturell von Cinzana-Gare unterscheidet, aber über eine sehr ähnliche Krankenkasse verfügt. Der Vergleich von zwei Gebieten erlaubt letztlich auch zu überprüfen, ob und inwiefern es soziale Differenzierungen im **ländlichen** Mali gibt.

Die doppelte Forschungsfragestellung nach den Ursachen niedriger Versichertenzahlen sowie der Entwicklung eines Analyserahmens für die Untersuchung sozialer Differenzierungen zwischen Haushalten einschließlich ihrer soziokulturellen Orientierungen erfordert, die Thematik von zwei Seiten anzugehen. Zum einen müssen gemeindebasierte Krankenkassen im weiteren Kontext sozialer Sicherung und der jeweiligen Steuerungslogiken verschiedener Sicherungsformen verortet werden. Zum anderen verlangt die Entwicklung eines umfassenden Bezugsrahmens sozialer Differenzierung die Darstellung bestehender Analyseansätze. Dementsprechend wird in Kapitel 2 zunächst kurz dargelegt, in welchem internationalen Kontext soziale Sicherungssysteme bzw. gemeindebasierte Krankenkassen entwicklungspolitisch an Bedeutung gewonnen haben. Kapitel 3 gibt einen Überblick über verschiedene Sicherungsformen und -systeme sowie ihre Steuerungsmodi. Dies ermöglicht in Kapitel 4, gemeindebasierte Krankenkassen gemäß ihrer Steuerungslogik analytisch in die Palette sozialer Sicherungsformen einzuordnen. Zudem behandelt Kapitel 4 die bisher geringe gesellschaftliche Reichweite lokaler Krankenversicherungen in Afrika südlich der Sahara und bietet einen Überblick zum Stand der Forschung über Ursachen niedriger Versichertenzahlen. Gleichzeitig werden in Kapitel 4 die bestehenden Forschungslücken ausgewiesen und die Forschungshypothesen bzw. –fragestellungen formuliert. Kapitel 5 beleuchtet verschiedene Zugänge zur Untersuchung sozialer Differenzierung zwischen Gruppierungen, die als Grundlage für den vorgestellten Analyserahmen dienen, mit dem Lebensführungsmuster und ihr Einfluss auf die Krankenkassenmitgliedschaft im ländlichen Mali untersucht werden. Kapitel 6 führt in den gesamtgesellschaftlichen Kontext Malis und die relevanten Elemente sozialer Differenzierung ein, die dort Lebensführungsmuster strukturieren. Kapitel 7 präsentiert die beiden ländlichen Untersuchungsgebiete entlang des entwickelten Bezugsrahmens, bevor Kapitel 8 den Methoden-Mix behandelt, mit dem dieser Analyserahmen für die vorliegende empirische Studie operationalisiert wurde. Kapitel 9 widmet sich den Faktoren, die entsprechend der empirischen Befunde den Krankenkassenbeitritt in den beiden untersuchten Lokalitäten beeinflussen. Auch hier strukturiert der Analyserahmen sozialer Differenzierung die Darstellung, wobei die einzelnen Einflussgrößen aufeinander bezogen und Erklärungsmuster entwickelt werden. Die Befunde legen u. a. offen, dass die sozioökonomische Lage der Haushalte wenig Einfluss auf die Beitrittsentscheidung hat, wohl aber die Einstellungen der Haushaltsvorstände sowie die Familienstrukturen und die damit zusammenhängenden Muster der Entscheidungsfindung. Haushalte, die in keine Großfamilie eingebunden sind, haben größere Entscheidungsfreiheit. Zudem schätzen versicherte Haushaltsvorstände unterschiedliche soziale Neuerungen, zu denen Krankenversicherungen gehören, signifikant häufiger als Unversicherte. Kapitel 10 stellt eine Typologie von Haushalten und ihrer Lebensführungsmuster vor, so wie sie

empirisch in den beiden untersuchten Lokalitäten vorzufinden sind. Außerdem behandelt das Kapitel soziale Wandlungsprozesse, denen die untersuchten Lebensführungsmuster im ländlichen Mali ausgesetzt sind. Es lassen sich in jeder der beiden Lokalitäten jeweils zwei unterschiedliche Haushaltstypen herausfiltern, die sich nicht durch ihre sozioökonomische Lage, sondern durch Familienstrukturen und soziokulturelle Orientierungen unterscheiden. Die Existenz unterschiedlicher Haushaltstypen in beiden Gebieten unterstreicht, dass soziale Differenzierungen auf Ebene von Lebensführungsmustern im ländlichen Mali ausgeprägter sind als vielfach angenommen. Schließlich werden in Kapitel 11 Schlussfolgerungen aus den empirischen Befunden sowohl für die entwicklungspolitische Praxis als auch die entwicklungssoziologische Forschung gezogen.

2. Sozial- und entwicklungspolitischer Kontext der Gesundheitssicherung

Die Propagierung formeller, sozialer Sicherungssysteme wie z. B. gemeindebasierte Krankenversicherungen ist von zwei unterschiedlichen Politikbereichen vorangetrieben worden, die sich im Laufe der 1990-er Jahre immer stärker verschränkt haben: die „traditionelle“ Sozialpolitik und die auf Armutsbekämpfung ausgerichtete Entwicklungspolitik. Während Erstere den Schutzaspekt von sozialen Sicherungsnetzen hervorhebt, betont Letztere die fördernde bzw. produktive Rolle sozialer Sicherung für die wirtschaftliche Entwicklung einer Gesellschaft (Gsänger 2004: 99; Jütting 2004: 103ff.).

Fragen sozialer Sicherung sowie globaler Sozialpolitik⁷ haben insbesondere durch den 1995 in Kopenhagen abgehaltenen Weltgipfel für soziale Entwicklung wieder an Aufmerksamkeit gewonnen. Diese Konferenz hatte zum Ziel, durch die Verabschiedung einer Weltsozialcharta sowie von Finanzierungszielen einen global verbindlichen Handlungsrahmen zu schaffen. Zusätzliche Bedeutung erlangten sozialpolitische Themen durch die Tatsache, dass Ende der 1990-er Jahre eine Neuorientierung in der internationalen Entwicklungspolitik einsetzte. Ausgangspunkt war u. a. der Weltbankbericht 2000/2001 mit dem Titel „Attacking Poverty“ (Weltbank 2001). Gemäß dieses Berichts müssen wirtschaftliche Chancen, gesellschaftliche Teilhabe und Sicherheit einschließlich sozialer Sicherheit geschaffen werden, um Armut zu reduzieren. Während sozialpolitische Programme in der Entwicklungspolitik lange Zeit keine Rolle spielten, lösten die negativen Folgen der Strukturanpassungsprogramme wie z. B. die erhöhte Beschäftigungslosigkeit oder der erschwerte Zugang zu Gesundheits- und Bildungseinrichtungen auch bei der Weltbank und dem Internationalen Währungsfonds ein Umdenken aus⁸. Im Gesundheitsbereich waren die Regierungen beispielsweise gezwungen, die kostenlose Gesundheitsversorgung abzuschaffen und das Prinzip der Kostenbeteiligung einzuführen, um so Gesundheitsdienste finanzieren und in der Folge qualitativ verbessern zu können⁹. Dementsprechend müssen Patienten beim Besuch eines

⁷ Ziele globaler Sozialpolitik sind neben der sozialen Absicherung gegen Folgen von Lebensrisiken wie Krankheit, Alter und Arbeitslosigkeit auch Politiken der redistributiven Einkommensverteilung und der Beschäftigungsförderung, der Arbeitnehmerrechte sowie solche Politiken, die generell soziale Entwicklung fördern. Im Gegensatz zur Entwicklungspolitik „bezieht sie auch die Entwicklung der Sozialpolitiken der Industrieländer und deren Beeinflussung durch globale Prozesse ein“ (Kohlmorgen 2004: 59ff.).

⁸ Entgegen der großen Mehrzahl an vorliegenden Analysen zu den Auswirkungen der Strukturanpassungsmaßnahmen weisen sowohl Hein als auch Betz darauf hin, dass in vielen Ländern der Anteil der Sozial- bzw. Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt gar nicht gesunken ist, jedoch angesichts der neuen Herausforderungen wie HIV/AIDS und Tuberkulose nicht ausreichend zusätzliche Mittel zugesprochen wurden (Hein 2004: 40; Betz 2004: 14).

⁹ Allerdings bedeuten höhere Einnahmen noch nicht, dass die vorhandenen Ressourcen auch kosteneffektiv eingesetzt werden. Eine suboptimale Ressourcenallokation als Ausdruck unzureichender Regierungsführung ist z. B. dann gegeben, wenn innerhalb der Gesundheitsversorgung verstärkt in urbane Zentren anstatt in ländliche Gebiete oder in

öffentlichen Gesundheitsdienstes nun Nutzungs- und Behandlungsgebühren direkt zahlen, in aller Regel Pauschaltarife ohne Abstufungen. Dies steigerte nicht nur den von Haushalten getragenen Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf, der in den am wenigsten entwickelten Ländern mittlerweile bei schätzungsweise 50% liegt (Sachs et al. 2001: 56f.; Weltgesundheitsbericht 2010: xiv). Gleichzeitig sanken die Nutzungsraten öffentlicher Gesundheitsdienste, weshalb letztlich weder die Finanzierungs- noch die Qualitätslücke geschlossen wurde.

In der Folge wurden die klassisch ökonomisch ausgerichteten Strukturanpassungsmaßnahmen durch sozialpolitische Komponenten flankiert. Diese Strategieänderung spiegelt sich vor allem in den so genannten *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSP) wider, in welchen Nationalstaaten im Rahmen eines *Country Development Framework* ihre jeweilige Armutsbekämpfungsstrategie formulieren müssen. Die ärmsten Länder können nur dann auf Schuldenerlass bzw. neue Kredite hoffen, wenn sie ein solches PRSP vorlegen. Auch wenn in nur fünf von 14 analysierten PRSP aus den Jahren 2000-2003 überhaupt Fragen sozialer Sicherung explizit aufgegriffen wurden, so stand in diesen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Vordergrund (Gsänger 2004: 89). Insofern enthalten mittlerweile alle PRSP sozialpolitische Komponenten, dennoch sind makroökonomische Maßnahmen weiterhin zentraler Bestandteil. Die 2000 vorgelegte Sektorstrategie der Weltbank – „Soziale Sicherung – vom Sicherheitsnetz zum Sprungbrett“ verdeutlicht einmal mehr die Annäherung zwischen ehemals stark entwicklungsökonomisch und wachstumsorientierten Organisationen (Weltbank, Internationaler Währungsfonds, Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung - OECD) und solchen, die sich vor allem die soziale Regulierung der wirtschaftlichen Globalisierung zum Ziel setzen (Internationale Arbeitsorganisation - ILO, Weltgesundheitsorganisation - WHO) (Gsänger 2004: 92)¹⁰. Danach sollen soziale Sicherungsmechanismen den ärmeren Gruppierungen auch als Sprungbrett dienen, um ihre Risiken eigenständig zu kontrollieren und in der Folge ihre Lebenssituation zu verbessern (Jütting 2004: 105). Wie entwicklungssoziologische Arbeiten der 1980-er Jahre empirisch herausgearbeitet haben, richten arme Bevölkerungsgruppen ihre wirtschaftlichen Tätigkeiten auf Sicherheits- und nicht auf Gewinnmaximierung aus, weshalb sie auch keine „unternehmerischen“ Risiken eingehen, die jedoch zu einer gesellschaftlichen Wohlstandsmehrung nötig wären (Neubert 1986; Gsänger 2004: 82).

Im Zuge dieser veränderten Rahmenbedingungen ist soziale Sicherung zunehmend zu einem Feld der Entwicklungspolitik geworden. Dadurch wird (nationale)

Spezialkliniken für Wohlstandskrankheiten weniger Patienten (Diabetes, Herz-/Kreislauferkrankungen, Krebs usw.) anstatt in lokale Gesundheitszentren investiert wird, wo der Hauptteil der Krankheitslast kostengünstig behandelt werden kann (Huber et al. 2003: 11). Wie eine Gesundheitspolitik für ärmste Länder aussehen könnte, die knappe Ressourcen optimaler einsetzt, zeigte Leisinger bereits in den 1980-er Jahren auf (Leisinger 1985).

¹⁰ Ebenso veröffentlichte die Weltbank „*Principles and Good Practice of Social Policy*“, im Rahmen derer die Sozialpolitik in Entwicklungsländern über vier Bereiche verbessert werden soll: Schaffung eines universellen Zugangs zu grundlegenden Sozialdiensten, gesunder Lebensunterhalt einschließlich der Arbeitsbedingungen, Förderung sozialer Integration sowie von Systemen sozialer Sicherung (Weltbank 1999).

Sozialpolitik auch verstärkt global geprägt, denn nicht nur internationale Organisationen wie die ILO, WHO, OECD oder Weltbank machen ihren Einfluss über politisches Lobbying sowie technische und finanzielle Unterstützung geltend. Eine Vielzahl an multilateralen und transnationalen Initiativen wie z. B. das GATS-Abkommen der Welthandelsorganisation WTO oder der *UN Global Compact* strukturieren zusätzlich globale Sozialpolitiken¹¹. Während das GATS (allgemeines Abkommen über Handel mit Dienstleistungen) die Deregulierung und Liberalisierung der Sektoren regelt, verpflichten sich Privatunternehmen mit der Unterzeichnung des *UN Global Compact* zur Einhaltung von neun Grundprinzipien in den Bereichen Menschen- und Arbeitsrechte, Umwelt und Korruption (vgl. www.unglobalcompact.org).

Die geschilderten Entwicklungen sind einerseits Ausdruck einer neuen globalen Verantwortlichkeit, andererseits bringt dies auch Spannungen zwischen nationalen und internationalen Konzepten der Sozialpolitik mit sich. Besonders deutlich zeigt sich dies im Bereich der Gesundheitssicherung. Zahlreiche Initiativen und Akteure fördern diesen spezifischen Bereich sozialer Sicherung. Dazu gehören beispielsweise öffentlich-private Partnerschaften wie der 2002 ins Leben gerufene Globale Fond für HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria¹² oder philanthropische Initiativen wie die *Bill and Melinda Gates Foundation*¹³. Im Kern geht es um eine verbesserte Gesundheitsversorgung benachteiligter Bevölkerungen in Entwicklungsländern (Kohlmorgen 2004: 59-66). Auch der bisher zentrale entwicklungspolitische Handlungsrahmen - die im Jahr 2000 von der Staatengemeinschaft verabschiedeten Millenniums-Entwicklungsziele¹⁴ - haben nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern auch weitere Aspekte sozialer Entwicklung und Sicherung aufgenommen (Vereinte Nationen 2000)¹⁵. Drei der acht Millenniums-Entwicklungsziele, deren Erreichung bis zum Jahr 2015 für eine global ausgerichtete Entwicklung aller Länder und Gesellschaften als notwendig angesehen wird, fokussieren explizit auf Gesundheit. An jedes dieser Oberziele sind wiederum Unterziele und Schlüsselindikatoren geknüpft, die die konkrete Fortschrittsmessung ermöglichen (vgl. <http://www.un.org/millenniumgoals>).

¹¹ Zur Umsetzung dieser Prinzipien in der konkreten Geschäftsführung vgl. z. B. den Bericht der Firma Novartis (Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung 2010b).

¹² Dieser bietet den so genannten Entwicklungsländern die Möglichkeit, Finanzierung für Maßnahmen zur Bekämpfung dieser drei Krankheiten zu erhalten. Dabei kann es sich um Präventions- und/oder Behandlungskomponenten, unterstützende operationelle Forschung oder Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitssystemen handeln.

¹³ Andere öffentlich-private Initiativen im Gesundheitsbereich sind die *Medicines for Malaria Venture* (MMV), die *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI) oder die zahlreichen Medikamentenprogramme pharmazeutischer Unternehmen wie z. B. Merck (Flussblindheit) oder Novartis (Lepra) (Hein 2004: 45; Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung 2010a: 18).

¹⁴ Im Einzelnen sind dies die Beseitigung von extremer Armut und Hunger, die Erreichung universeller Grundschulbildung, die Förderung der Geschlechtergleichheit und Ermächtigung von Frauen, die Verminderung der Kindersterblichkeit, die Verbesserung der Müttergesundheit, die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten, die Sicherstellung einer umweltbezogenen Nachhaltigkeit sowie der Aufbau von globalen Entwicklungspartnerschaften.

¹⁵ Dies geht auf das S21-Dokument der OECD und ihres Entwicklungshilfesausschusses DAC zurück, welches zentrale Ziele des Weltgipfels für soziale Entwicklung enthält (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung/Entwicklungshilfesausschuss 1996).

Das vermehrte Interesse an Gesundheit resultierte allerdings nicht nur aus der sozialpolitischen Abfederung der Strukturanpassungsprogramme und der sich daraus ableitenden, erneuten Ausrichtung auf Armutsbekämpfung, wie dies die Millenniums-Entwicklungsziele widerspiegeln. Dass Gesundheit nach einer Phase der relativen Bedeutungslosigkeit in den 1980-er Jahren wieder zu einem entwicklungspolitischen Thema wurde, geht auch auf neue globale Gesundheitsrisiken zurück¹⁶. Zu nennen HIV/AIDS, SARS oder die zunehmenden Resistenzbildungen z. B. bei Tuberkulosebakterien, die auch die westlichen Wohlstandsgesellschaften bedrohen und in der Folge verstärkte Aufmerksamkeit auf sich zogen. Im Sinne eines wohlverstandenen Eigeninteresses seitens der Industrieländer wurden dadurch mehr Ressourcen für globale Gesundheit mobilisiert. Auch die Zunahme von Wohlstandskrankheiten vor allem in Ländern mittleren Einkommens und die damit verbundenen Kostensteigerungen durch den Einsatz teurer Diagnose- und Behandlungstechnologien förderte das internationale Interesse an Gesundheit (Hein 2004: 36ff.; Betz 2004: 19). Zusätzliches Gewicht erhielt das Thema Gesundheit schließlich durch den umfangreichen Bericht der von der Weltgesundheitsorganisation eingesetzten Kommission für Makroökonomie und Gesundheit (Sachs et al. 2001). Der unter der Leitung des ehemaligen Harvard-Ökonomen Jeffrey Sachs erstellte Bericht weist zum ersten Mal empirisch die gesamtgesellschaftliche Bedeutung verbesserter Gesundheit als Voraussetzung für Wirtschaftswachstum und Armutsreduktion nach. Der Bericht zeigt nicht nur auf, welche volkswirtschaftlichen Kosten bestimmte Krankheitslasten wie Malaria verursachen, sondern rechnet ebenso vor, wie kosteneffektiv unterschiedliche Gesundheitsinvestitionen in Bezug auf ihre volkswirtschaftliche und gesamtgesellschaftliche Wirkung sind. Daneben behandelt der Bericht auch transversale Aspekte, wie z. B. die Stärkung von Gesundheitssystemen einschließlich des Angebots und der Qualität von Gesundheitsdiensten sowie ihres Managements und ihrer Finanzierung. In diesem Zusammenhang propagiert die Kommission unterschiedliche Finanzierungsmechanismen, um einer universellen Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung näher zu kommen. Zur Verminderung des Anteils von Barzahlungen an den Gesundheitsausgaben werden lokale Lösungen vorgeschlagen, zu denen gemeindebasierte Krankenversicherungen zählen:

¹⁶ Nachdem das seit der Konferenz von Alma Ata (1978) propagierte *Primary Health Care*-Konzept mit Fokus auf einer universellen und kostenfreien Basisgesundheitsversorgung vielerorts unzureichend umgesetzt und daher nur begrenzt erfolgreich war (Hein 2004: 41; Lachenmann 2003), wurde die Gesundheitsversorgung erst wieder im Weltentwicklungsbericht von 1993 prominent aufgegriffen. Der Bericht definiert nicht nur die wesentlichen Gesundheitsherausforderungen und die sich daraus ableitenden, notwendigen Basisdienste, sondern fasst auch die Rollen von Markt und Staat in der Gesundheitsversorgung. Dabei wird eine stärker wettbewerbsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens vorgeschlagen, die für mehr Effizienz sorgen soll (Weltbank 1993).

„Out-of-pocket expenditures in poor communities should increasingly be channeled into „community financing“ schemes to help cover the costs of community-based health delivery (...) Community-financing schemes are no panacea, and have often failed, but for many places they seem a promising and flexible mechanism that can often be harnessed to local needs“ (Sachs et al. 2001: 60f.).

Auch die Weltgesundheitsorganisation befürwortet in ihrem Bericht aus dem Jahr 2000¹⁷ den Aufbau freiwilliger gemeindebasierter Krankenversicherungen, sieht sie allerdings mehr als eine gangbare Übergangslösung auf dem Weg zu einem graduellen Ausbau universeller Modelle wie z. B. Sozialversicherungssystemen:

„Evidence shows, however, that although the latter are an improvement over out-of-pocket financing, they are difficult to sustain and should be considered only as a transition towards higher levels of pooling or as instrument to improve the targeting of public subsidies in health“ (WHO 2000: 98).

Ebenso widmete die Weltbank den gemeindebasierten Modellen der Gesundheitsfinanzierung eine prominente Publikation (Preker & Carrin 2004). Während die Berichte der Weltgesundheitsorganisation und Weltbank stärker auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch unterschiedliche Mechanismen fokussieren (Weltgesundheitsbericht 2010; Preker & Langenbrunner 2005), stellt insbesondere die ILO mehr den Einbezug bisher ausgeschlossener Bevölkerungsgruppen in formelle Systeme sozialer Sicherung ins Zentrum, zu den Krankenversicherungen zählen¹⁸. Der Vermeidung von Armut und sozialem Abstieg als Folge von krankheitsbezogenen Kosten wird bei einer solchen Perspektive mehr Bedeutung beigemessen, als der Ressourcenmobilisierung durch Krankenkassensysteme für die Finanzierung von Gesundheitsdiensten.

Dass mittlerweile Aspekte der sozialen Gesundheitssicherung mit der Finanzierung der Gesundheitsversorgung stärker zusammen geführt werden, geht auf das von der Weltgesundheitsorganisation eingeführte Ziel bzw. Konzept der universellen Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*) zurück (Weltgesundheitsorganisation 2010). *Universal Health Coverage* meint, dass

¹⁷ In diesem Bericht werden verschiedene Finanzierungsinstrumente vorgestellt, die eine faire Verteilung der Gesundheitskosten entsprechend der Zahlungsfähigkeit der jeweiligen Bevölkerungsgruppen (*financial fairness*) sicherstellen. Eine faire Kostenverteilung ist neben der Versorgung entsprechend des Bedarfs der jeweiligen Bevölkerung und ihres Gesundheitszustands (*health status and equity*) sowie einer adäquaten Patientenorientierung (*responsiveness*) eines von drei wesentlichen Kriterien, nach denen die Leistung eines (nationalen) Gesundheitssystems gemessen wird (WHO 2000: 23ff.).

¹⁸ Auch die seit 2011 in die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) integrierte Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) versteht soziale Sicherungsinstrumente als wesentlichen Beitrag zur Armutsreduzierung und Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele (Krech & Schmidt 2006: 411).

“(...) all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship” (O’Connell et al. 2013).

Universal Health Coverage als Ziel und Konzept wird von allen maßgeblichen Organisationen unterstützt – WHO, Weltbank, ILO sowie den bilateralen Geberagenturen. Ausdruck dessen ist ihre Zusammenarbeit im Netzwerk *Providing for Health* (P4H), welches 2007 ins Leben gerufen wurde. Es hat zum Ziel, die Koordination unter diesen Organisationen zu verbessern, die alle mit Regierungen von Entwicklungsländern daran arbeiten, nationale Systeme der Gesundheitssicherung auf- und auszubauen sowie Strategien zu ihrer Finanzierung zu entwickeln (siehe www.providingforhealth.org; Weltgesundheitsorganisation 2013a). Im Rahmen der Debatte um die Post-2015 Agenda auf Ebene der Vereinten Nationen wird u.a. darüber verhandelt, inwiefern *Universal Health Coverage* zumindest als ein prominentes Unterziel Eingang in die Liste der Ziele für eine Nachhaltige Entwicklung (*Sustainable Development Goals*) erhält, die ab 2016 die Millennium-Entwicklungsziele ersetzen werden¹⁹.

Auch wenn die Aspekte der Gesundheitssicherung und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung eng miteinander verknüpft sind, werden die hier im Fokus stehenden gemeindebasierten Krankenversicherungen in ihrer Qualität als soziale Sicherungsmechanismen beleuchtet. Denn in der vorliegenden Forschung geht es um die Frage, welche ländlichen Haushaltstypen offen gegenüber freiwilligen gemeindebasierten Krankenkassen sind, welche Faktoren ihre Beitrittsentscheidung beeinflussen und ob letztlich die gesellschaftliche Reichweite dieses formellen Sicherungsmodells potenziell erhöht werden kann. Solche Evidenzen tragen zur Beantwortung der Frage bei, welche Rolle gemeindebasierte Krankenkassen zukünftig bei der graduellen Ausweitung der universellen Gesundheitsversorgung noch spielen können und werden. Dahingegen behandelt die Arbeit nicht, inwiefern gemeindebasierte Versicherungen ein kosteneffektives Finanzierungsmodell für die Gesundheitsversorgung darstellen. Im Gegensatz zu dieser gesundheitsökonomischen Perspektive ist die Fokussierung auf soziale Sicherung ein klassischer Gegenstand (entwicklungs-)soziologischer Forschung.

Nachdem nun kurz dargelegt wurde, in welchem internationalen Kontext Mechanismen sozialer Gesundheitssicherung und gemeindebasierte Krankenkassen entwicklungspolitisch an Bedeutung gewonnen haben, wird im anschließenden Kapitel geklärt, wie soziale Sicherung analytisch gefasst wird, und welche Sicherungsformen und Steuerungslogiken es in den unterschiedlichen Gesellschaften gibt.

¹⁹ Der bisherige Vorschlag (Stand: Juli 2014) sieht 17 Ziele vor, wovon eines sich der Gesundheit widmet: „Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages“ (siehe <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgsproposal>).

3. Soziale Sicherung von Gesundheit

3.1. Definitionen und Steuerungstypen sozialer Sicherung

Die Definition sozialer Sicherung variiert mit den Sicherungsformen sowie Gesellschaften und sozialen Gruppierungen, die im Zentrum des Interesses stehen. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) orientiert sich letztlich an den OECD-Staaten und fasst soziale Sicherung dementsprechend als

„(...)protection that a society provides to individuals and households to ensure access to health care and to guarantee income security, particularly in cases of old age, unemployment, sickness, invalidity, work injury, maternity or loss of a breadwinner“ (ILO 1958).

Gemäß dieser Definition beinhaltet soziale Sicherung insbesondere die Gewährung von Einkommenssicherheit und Zugang zu Gesundheitsversorgung, die eine Gesellschaft ihren Bürgerinnen und Bürgern in spezifischen Lebens- bzw. Notlagen bietet (Huber et al. 2003: 76). Dabei gelten diese Notlagen als soziale Massenrisiken, die als so genannte Schutztatbestände anerkannt sind, da sie a priori jedes Individuum bzw. jeden Haushalt treffen können. Ziel sozialer Sicherung ist die Lebensstandard- oder Existenzsicherung. Diese Definition geht zum einen von Einkommen aus Lohnarbeit aus, denn einige der genannten Lebenslagenrisiken leiten sich aus einem solchen Beschäftigungsverhältnis ab. Zum anderen werden Produktionsrisiken wie Dürre, Erdbeben, Flutkatastrophen oder Epidemien, denen vor allem ländlichen Bevölkerungen in Entwicklungsländern ausgesetzt sind, nicht eingeschlossen (Jütting 2004: 105; Gsänger 2004: 88). Außerdem unterstreicht sie, dass Individuen und Haushalte Empfänger von Leistungen sind, die ihnen von öffentlich-staatlicher Seite bereitgestellt werden. Insofern wird zumindest implizit von einem Anspruchsrecht (*entitlements*) im Sinne Sens ausgegangen (Sen 1981).

Mit Blick auf Gesellschaften, die durch generalisierte Knappheit gekennzeichnet sind, tragen F. und K. von Benda-Beckmann in ihrer Definition der Tatsache Rechnung, dass Individuen und Gruppen nicht nur passive Empfänger von (öffentlichen) Leistungen sind, sondern aktiv Sicherung herstellen (müssen). Danach verstehen sie soziale Sicherung als

„efforts of individuals, groups of individuals and organisations to overcome insecurities related to their existence, that is, concerning food and water, shelter, care and physical and mental health, education and income, to the extent that the contingencies are not considered a purely individual responsibility, as well as the intended and unintended consequences of these efforts“ (Benda Beckmann und Benda-Beckmann 2000 [1994]: 14).

Den dynamischen Charakter solcher Sicherungsanstrengungen betonen F. und K. von Benda-Beckmann durch die Feststellung, persönliche Beziehungen enthalten zwar Sicherungsqualitäten, jedoch auch viele andere Aspekte. Insofern müssen im Rahmen direkter sozialer Beziehungen mobilisierbare Ressourcen erst in spezifische, je nach Lebenslage benötigte Leistungen umgewandelt werden, damit soziale Sicherung hergestellt werden kann. Benda-Beckmann sprechen in diesem Zusammenhang von *chains of conversion*, da „man Anbaufläche für Reis nicht essen“ und „Geld nicht gekocht werden kann“ (Benda-Beckmann und Benda-Beckmann 2000 [1994]: 22).

Zudem weist die Formulierung „**Anstrengungen** von Individuen, Gruppen oder Organisationen“ darauf hin, dass in aller Regel unterschiedliche Sicherungsmechanismen kombiniert werden müssen, um Sicherheit herzustellen. Dies gilt einmal mehr für Gesellschaften, in denen öffentlich-staatliche Sicherungssysteme nur rudimentär vorhanden sind (Elwert et al. 1995). In solchen Gesellschaften kommen der Familie, Verwandtschaftsgruppe, Nachbarschaft oder Dorfgemeinschaften eine besondere Bedeutung zu. Schließlich weist Benda-Beckmanns Definition darauf hin, dass es für den Großteil der Bevölkerung in so genannten Entwicklungsländern mehr um Existenz- denn um Lebensstandardsicherung geht.

Die Definition von Steinwachs schließt insbesondere an die von Benda-Beckmann herausgestellte Bedeutung informeller, persönlicher Beziehungen an und unterstreicht ihre Prozessbezogenheit. Nach Steinwachs bezeichnet soziale Sicherung

“(...) diejenigen Aspekte und Dimensionen von sozialen Beziehungen und sozialen Institutionen, die darauf gerichtet sind, die Herstellung bzw. Aufrechterhaltung der Lebensgrundlagen zu sichern“ (Steinwachs 2006: 11).

In der vorliegenden Forschung soll die Definition sozialer Sicherung zum einen die Bedeutung informeller Mechanismen widerspiegeln, ohne formelle Systeme außer Acht zu lassen. Zweitens soll sie herausstellen, inwiefern soziale Sicherung in aller Regel über die Kombination verschiedener informeller und formeller Mechanismen hergestellt wird. Drittens soll sie berücksichtigen, dass kein automatisches Anspruchsrecht auf Sicherungsleistungen besteht, sondern je nach Lebenslage aktiv hergestellt werden muss. Dementsprechend wird im Kontext dieser Forschungsarbeit *soziale Sicherung* verstanden als:

sämtliche Mechanismen, die Akteure im Rahmen sozialer Netzwerke wie z. B. der Familie, Verwandtschafts- und ethnisch, religiös oder anders definierten Gruppe oder durch informelle und formelle Organisationen mobilisieren, um sich gegen Lebensrisiken wie zum Beispiel Einkommens- oder Ernteausfall, Krankheit oder Alter zu schützen und so ihre Existenz zu sichern.

Die Gesamtheit aller Mechanismen und Anstrengungen, die Individuen, Haushalte oder Familien zur Herstellung sozialer Sicherheit mobilisieren bzw. unternehmen, stellt ein System sozialer Sicherung dar. Dazu gehören familiäre Beziehungen genauso wie

öffentlich-staatlich bereitgestellte Sicherungsleistungen, wie die folgenden Ausführungen zeigen.

Aufbauend auf diesem Verständnis sozialer Sicherung lassen sich verschiedene Sicherungsformen analytisch durch ihre jeweiligen Steuerungsmodi bzw. Regelungsstrukturen unterscheiden. Dazu bieten sich zwei durchaus komplementäre Zugänge an, die jedoch unterschiedliche Perspektiven einnehmen. Während der seit den 1970-er Jahren in Deutschland an Bedeutung gewonnene Steuerungsbegriff einen akteurszentrierten Zugang impliziert und zwischen Steuerungssubjekt und –Objekt (und damit Steuerungsfähigkeit und Steuerbarkeit) unterscheidet, fokussiert der neuere *governance*-Begriff, wie ihn Mayntz fasst, auf Regelungsstrukturen, die als institutioneller Rahmen auf das Handeln der Akteure wirken. Insofern ist dieser Ansatz institutionalistisch ausgerichtet, auch wenn Mayntz beispielsweise versucht hat, diese Perspektiven im Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus zusammenzubringen (Mayntz & Scharpf 1995). Da in dieser Arbeit eine freiwillige Sicherungsform im Zentrum steht, ist ein akteursorientierter Begriff sinnvoller. Denn was später noch auszuführen ist: Die niedrigen Versichertenzahlen bzw. die von vielen Versicherten präferierte personalisierte (und nicht anonymisierte) Reziprozität verweisen darauf, dass sich die Steuerungsobjekte eben nicht immer von den Steuerungssubjekten (entwicklungspolitische Akteure) steuern lassen bzw. den Steuerungstyp abwandeln. Nach Mayntz ist der *governance*-Begriff bisher vor allem für supranationale Regelungsstrukturen und –prozesse empirisch angewendet worden, während der Steuerungsansatz für die Ebene lokaler bzw. nationaler Sachverhalte, zu denen gemeindebasierte Krankenkassen gehören, weiterhin ausreicht (Mayntz 2004).

Der steuerungstheoretischen Logik folgend, stellt Kaufmann drei Typen vor, die gesellschaftliche Interventionen in verschiedenen Feldern (z. B. soziale Sicherung) steuerbar machen sollen. Er ergänzt neben Hierarchie und Markt, die als Ausgangspunkt früherer steuerungstheoretischer Ansätze dienten, auch Solidarität. Während beim Markt der Preismechanismus mit dem Steuerungsmedium „Geld“ die eigennützigen Motive der Marktteilnehmenden koordiniert, ist es bei der Hierarchie das Medium „Macht“, welches über die Androhung von Sanktionen die Handlungen der Akteure beeinflusst. Dahingegen wird Solidarität durch vermutete gemeinsame Interessen bzw. Wertorientierungen geleitet. Im Gegensatz zu den Steuerungstypen Markt und Hierarchie stellt Solidarität damit gemeinsame Interessen oder Werte über individuelle (Kaufmann 1984: 158-162). Kollektivinteressen werden akzeptiert, auch wenn sie nicht immer den eigenen entsprechen, wobei sich diese zumindest z. T. decken müssen. Der Steuerungstyp „Solidarität“ baut somit darauf, dass Mitglieder Verantwortung gegenüber anderen und ihren Interessen zeigen. Neubert verweist auf die Einführung dieser drei Typen durch Polanyi für die wirtschaftsethnologische Untersuchung vorkapitalistischer Gesellschaften (Neubert 1990: 551). Er bezeichnet diese als Reziprozität, Redistribution und Austausch (Polanyi 1957: 250). Der Unterschied besteht allerdings darin, dass „traditionelle“ Solidarität in vorindustriellen Gesellschaften den vorherrschenden Steuerungstyp darstellten, während heute auch in

Afrika südlich der Sahara „moderne“ Solidarität neben der „traditionellen“ komplementär zu den dominanten Steuerungsprinzipien „Markt“ und „Hierarchie“ wirkt.

In Bezug auf soziale Sicherung steuert „Solidarität“ ganz unterschiedliche Formen, daher ist es analytisch sinnvoll, zwischen Unterformen der Solidarität zu differenzieren, die ihre jeweils spezifischen Funktionsweisen haben. Hegner unterscheidet „Reziprozität“, „Altruismus“ und „Loyalität“ (Hegner 1997), Kaufmann fügt noch „Verhandlung“ hinzu (Kaufmann 1984). Die Zuordnung der jeweiligen Solidaritätsformen zu einem spezifischen Untertyp von Solidarität erfolgt insbesondere aufgrund der Art ihres gesellschaftlichen Anschlusses, d. h. wer für wen welche Leistungen erbringt und warum. Für die Analyse solidarischer Formen sozialer Sicherung ist hauptsächlich die Unterscheidung von „Reziprozität“ und „Altruismus“ hilfreich²⁰. Während bei reziproken Sicherungsformen Solidarleistungen in aller Regel innerhalb des eigenen Kollektivs erbracht werden (z. B. für Mitglieder eines Krankenkassenvereins), sind es bei altruistischen Formen Leistungen für Dritte außerhalb des eigenen Kollektivs. Dieser Form von Solidarität folgen Wohlfahrtsverbände, Hilfswerke und Kirchen, die über Spenden und staatliche Zuschüsse Sicherungsleistungen bereitstellen. Damit orientieren sich Letztere am Gemeinwohl, Erstere am Gruppenwohl (Neubert 1990: 555).

Mit der Orientierung am Gruppenwohl geht bei reziproken Formen einher, dass im Bedarfsfall eine Gegenleistung prinzipiell erwartbar ist, auch wenn sie nicht sofort, nicht im selben Umfang (wie der eigene, geleistete Beitrag) und mitunter auch nie erfolgen muss. Dagegen gründen altruistische Formen auf Leistungen ohne Erwartung einer Gegenleistung. Auf eine materielle Leistung erfolgt höchstens eine meist nicht-materielle Belohnung wie zum Beispiel soziale Anerkennung durch Dritte für die erbrachte Leistung oder intrinsische Genugtuung darüber, dass man geholfen hat.

Im Unterschied zu altruistischen Formen bauen Formen der Reziprozität auf sozialen Ähnlichkeiten, gemeinsamen Interessen, Werthaltungen oder auch Risiken, denen ein Kollektiv ausgesetzt ist (Kaufmann 1984: 169). Außerdem zeichnen sich reziproke Formen durch relativ stabile soziale Beziehungen und wechselseitige Abhängigkeit zwischen den Beteiligten aus. Bei altruistischen Formen sind Gemeinsamkeiten nur noch sehr entfernt gegeben, z. B. die Bejahung christlicher Werte wie z. B. „Liebe Deinen Nächsten“. Auch besteht vielmehr eine einseitige Abhängigkeit der Empfänger(innen) von den Geber(innen), und die Beziehungen müssen nicht notwendigerweise dauerhaft sein.

Bei Reziprozität lässt sich darüber hinaus noch analytisch zwischen „anonymisierter“ und „personalisierter“ Reziprozität unterscheiden: Während Letztere

²⁰ Sowohl „Loyalität“ als auch „Verhandlung“ sind Typen, die sich insbesondere für die Analyse politisch-ökonomischer Prozesse eignen. Während es bei „Loyalität“ um das Vertrauen in eine Person oder Gruppe geht, wobei auch einheitliche Normen im Kollektiv gegeben sind und zumindest eine partielle Übereinstimmung von Eigen – und Kollektivinteresse besteht (z. B. bei Mitgliedschaft in einer Partei oder einem Arbeitsverhältnis), sind „Verhandlungen“ regulierte Konfliktbewältigungen zwischen Kollektiven wie z. B. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden. Das Gemeinsame - trotz unterschiedlicher Interessenlagen - besteht darin, dass beide die Interessen der jeweils anderen Partei anerkennen und um die Notwendigkeit wissen, zu einem vorzeigbaren Verhandlungsergebnis kommen zu müssen.

auf sozialen und emotionalen Affinitäten der beteiligten Akteure basiert, wobei Gebende und Nehmende sich persönlich kennen, beruht Erstere nicht auf persönlichen sozialen Beziehungen. Leistungen werden unabhängig davon erbracht, ob man die Nehmenden persönlich kennt.

Neubert verweist darauf, dass solidarisch gesteuerte Sicherungsformen weniger starr und daher anpassungsfähiger sind, was die Befriedigung spezifischer Bedürfnisse der Beteiligten angeht, da die Handlungsketten vor allem bei **persönlichen** Dienstleistungen kürzer sind als bei den meisten markt- oder hierarchiegesteuerten Formen. Mit dem Charakteristikum einer gewissen Flexibilität geht jedoch auch einher, dass auf Solidarität basierende Formen vor allem „in begrenzten sozialen Beziehungen innerhalb kleiner und mittlerer Kollektive oder zwischen kleinen Kollektiven leistungsfähig (Neubert 1990: 554)“ sind.

3.2. Formen und Entwicklungen sozialer Sicherung in OECD-Staaten

Neben der Unterscheidung von Sicherungsformen entsprechend ihrer Steuerungsmodi ist es sinnvoll, zwischen formellen und informellen Formen zu differenzieren. Formelle Formen sind in der Regel rechtlich anerkannt und weisen formalisierte Organisationsstrukturen sowie einen enger umgrenzten Daseinszweck auf. Informelle Formen kommen daher in den durch Hierarchie und Markt gesteuerten Sphären kaum vor. Formen sozialer Sicherung, die maßgeblich auf dem Modus „Hierarchie“ beruhen, sind daher in aller Regel formeller Art und öffentlich-staatlich organisiert. Dazu gehören sowohl die zumeist steuerfinanzierten Staatsversorgungssysteme, als auch die beitragsfinanzierten Sozialversicherungssysteme - die in westlichen Gesellschaften vorherrschenden Sicherungsmechanismen. Das auch als Beveridge-Modell bezeichnete universelle Grundsicherungssystem stellt soziale Sicherungsleistungen für die gesamte Wohnbevölkerung eines Landes bereit (Staatsversorgungssystem). Dahingegen beruhen Sozialversicherungssysteme auf Beschäftigung im formellen Wirtschaftssektor und werden über Beiträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmern finanziert. Sie sind auch als Bismarck-Modell bekannt und folgen einer „Versicherungslogik“ (Hradil 2006: 241). Die Notwendigkeit eines formellen Beschäftigungsverhältnisses bedingt das Entstehen von Sicherungslücken bezüglich der erfassten Personen, auch in den Gesellschaften der OECD-Staaten. Ihre Reichweite entspricht nicht jener von universellen Systemen²¹.

Die gewährleisteten Sicherungsleistungen im Rahmen staatlicher Sozialpolitik²² sind in vielen OECD-Staaten umfassend, d. h. sie decken neben den Standardrisiken Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit und Alter weitere Lebensrisiken ab (Hradil 2006: 238). Diese sind im Einzelnen

²¹ Zwar werden in Ländern mit Sozialversicherungssystemen wie Deutschland, Frankreich, Spanien und den Niederlanden z. B. im Haushalt arbeitende Ehefrauen und Kinder mitversichert. Damit werden in einem solchen kategorialen System aber noch immer nicht 100% der Bevölkerung erreicht.

²² Im angelsächsischen Verständnis wird Sozialpolitik weiter gefasst und schließt beispielsweise Jugend-, Bildungs-, Wohn- und Vermögenspolitik ein.

- Arbeitslosigkeit und Armut (z. B. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe bei anhaltender Arbeitslosigkeit),
- Krankheit und (Berufs-)Unfall (z. B. Kranken- und Unfallversicherung, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Invalidenrente),
- Schwangerschaft und Elternschaft (z. B. Lohnfortzahlung während der Mutterschaft, Eltern-, Kinder- und Betreuungsgeld, kostenlose oder –günstige Kinderkrippen, Kindergärten und Schulen), und
- Alter (z. B. durch Rente und soziales Pflegegeld),
- Verlust der/des Familiernährenden (z. B. Witwen- und Waisenrente) (Schmid 2006: 35).

Dabei ist die Gesundheitssicherung nach Hein ein wesentlicher Teilbereich sozialer Sicherung:

„Der Gesundheitsbereich stellt zweifellos einen zentralen Aspekt von Sozialpolitik dar: ein beträchtlicher Teil sozialpolitischer Transferleistungen betrifft die Finanzierung von Leistungen der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbekämpfung für ärmere Bevölkerungsgruppen (...)“ (Hein 2004: 33).

3.2.1. Wohlfahrtsstaatliche Sicherungsregime

Wegen des universellen Charakters ihrer Sicherungssysteme wird im Kontext von OECD-Staaten auch von Wohlfahrtsstaaten gesprochen, wobei es aber auch innerhalb dieser Länder unterschiedliche Ausprägungen gibt. Eine äußerst hilfreiche und vielfach rezipierte Typologie bietet Esping-Andersen mit den *„Three Worlds of Welfare Capitalism“* (Esping-Andersen 1990). Er unterscheidet zwischen

- Dem liberalen Typ (z. B. USA, Kanada oder Australien; mit Abstrichen auch Großbritannien und die Schweiz),
- Dem konservativen Regime (z. B. Deutschland, Österreich und Italien, mit Abstrichen auch Frankreich und die Niederlande), und
- Dem sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaats-Typus skandinavischer Prägung (z. B. Norwegen, Schweden und Dänemark) (Schmid 2006: 82-92; Hradil 2006: 244).

Auch wenn Esping-Andersens Typologie nicht erschöpfend ist und nicht immer zwischen Ideal- und Realtypen getrennt wird²³, geht sein Konzept weiter als bestehende Typologisierungen wie z. B. die Unterscheidung zwischen Beveridge- und Bismarck-Modell²⁴. Seine Kategorisierung beruht nicht nur auf statistischen

²³ So hat S. Leibfried die Typologie um den so genannten rudimentären Wohlfahrtsstaat erweitert, um Länder wie Portugal, Spanien, Griechenland und z. T. auch Italien adäquat einordnen zu können (Leibfried 1990).

²⁴ Das Modell der Staatsbürgerversorgung nach Beveridge fasst liberale und sozialdemokratische Regime des Wohlfahrtsstaates zusammen.

Kennzahlen wie die Sozialleistungsquote²⁵, sondern auf unterschiedlichen Konzeptionen von Sozialpolitik und den damit verbundenen institutionellen Differenzierungen. Dadurch sollen unterschiedliche Ausprägungen von Wohlfahrtsstaaten nicht nur beschrieben, sondern mit Rückgriff auf den historisch-politischen Kontext auch ein Stück weit erklärt werden. Während der liberale Typus steuerfinanziert ist, eher selektive Sicherungssysteme bietet und auf eine Mindestsicherung ausgerichtet ist, ermöglicht der konservative Wohlfahrtsstaat in der Regel eine Lebensstandardsicherung, die auf Beiträgen aufbaut²⁶. Als konservativ wird er auch deshalb definiert, weil er sozialpolitisch stärker traditionelle Familienformen und Arbeitsteilungen zwischen Mann und Frau absichert als dies das liberale und vor allem das sozialdemokratische Wohlfahrtsstaatsmodell tun (Schmid 2006: 96). Jedoch sieht man am Beispiel der deutschen Debatte um die Konzepte des Betreuungsgelds bzw. des Ausbaus an Krippenplätzen, dass es innerhalb desselben Wohlfahrtsregimes Konflikte um die Ausgestaltung bzw. die Abkehr von diesem konservativen Modell gibt. Dieser Wohlfahrtstyp skandinavischer Herkunft ist ein steuerfinanziertes, universelles System der Staatsbürgerversorgung, wonach jeder Bürger und jede Bürgerin qua Status Anrecht auf Sicherungsleistungen hat, wie z. B. eine gleiche Volksrente. Insofern verfolgen sowohl das nordische Wohlfahrtsregime als auch der liberale Typus das so genannte Finalprinzip, d. h. ausgehend von der jeweiligen steuerlichen Leistungsfähigkeit des Regimes werden alle Staatsbürger(innen) entsprechend ihres Bedarfs versorgt. Der britische Gesundheitsdienst (*National Health Service*), der über öffentliche und private Einrichtungen Leistungen bereitstellt, ist ein Beispiel dafür. Der konservative Wohlfahrtstyp hingegen baut mit seinem Sozialversicherungsmodell auf dem Äquivalenz- bzw. Kausalprinzip auf, d. h. die Leistungsansprüche entsprechen den Beitragszahlungen (z. B. bei der Kranken- und Rentenversicherung). Allerdings wird dies in der Regel durch das so genannte Umlageprinzip ergänzt, über welches ein gewisser Ausgleich zwischen Zahlenden von niedrigen und hohen Beiträgen vorgenommen wird. Vor allem in der Sicherung von Gesundheit folgen sowohl steuer- als auch beitragsfinanzierte Systeme dem Prinzip, dass die Steuer- bzw. Beitragshöhe den finanziellen Möglichkeiten des/der Zahlenden entspricht, die Inanspruchnahme von Leistungen aber am Bedarf orientiert ist²⁷. Selbst Sicherungssysteme des liberalen Typs wie in den USA haben mit *Medicare* bzw. *Medicaid* öffentliche Versicherungsprogramme für ältere, behinderte und ärmere Bevölkerungssegmente. Dadurch dass einkommensabhängig belastet wird, aber einkommensunabhängig

²⁵ Die Sozialleistungsquote bezeichnet die öffentlichen Sozialausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Sie sagt noch nichts darüber aus, wie viele Personen Leistungen welcher Art und in welcher Höhe erhalten. Esping-Andersen bemerkt außerdem dazu: „Ausgaben sind eine oberflächliche Begleiterscheinung des theoretischen Kerns des Wohlfahrtsstaates...“ (Esping-Andersen 1990: 19).

²⁶ Mindestsicherung meint in der Regel, dass bei Lohnersatzzahlungen nicht mehr als 50% des vorangegangenen Lohnes gewährt werden, wohingegen bei Lebensstandardsicherung mindestens 70% gezahlt werden (Schmid 2006: 282).

²⁷ Dies gilt für steuerfinanzierte Systeme vor allem dann, wenn sie progressiv ausgerichtet sind und z. B. mehr aus direkten (Einkommenssteuer) als indirekten Steuern (Mehrwertsteuer) finanziert werden.

Leistungen bereitgestellt werden, sind Höhe der Beitragszahlung und Bedarf bis zu einem bestimmten Grad entkoppelt (Holst 2004: 40; Hradil 2006: 255). Dies ist allerdings auch deshalb der Fall, da in Bezug auf Organisation und Finanzierung alle Wohlfahrtsregime Mischsysteme darstellen. So sind z. B. Familien- und armutsbezogene monetäre Leistungen (Kinder- und Wohngeld, Sozialhilfe) in allen Ländern steuerfinanziert und universell ausgerichtet, sobald diese Schutztatbestände auf Grundlage der jeweiligen Leistungsgesetze festgestellt werden²⁸.

Die unterschiedlichen Ausgestaltungen des Wohlfahrtsmodells in Westeuropa sind das Produkt historisch-politischer Entwicklungen. Nicht nur wechselnde Muster der Staatsorganisation, sondern vor allem unterschiedliche Konstellationen politischer Akteure und das nationale Selbstverständnis haben das jeweilige System geprägt. Liberale Regime sind traditionell viel stärker vom Wert der bürgerlichen Eigenverantwortung geleitet. Während die Anfänge des sozialpolitischen Diskurses in Großbritannien durch die Armenfrage bestimmt waren, ging es in Frankreich hauptsächlich um die Familien- und in Deutschland um die Arbeiterfrage (Schmid 2006: 30). Dies wirkt bis heute nach, betrachtet man die familienpolitischen Errungenschaften Frankreichs oder die Ausrichtung Großbritanniens auf eine Mindest-, aber nicht Lebensstandardsicherung²⁹. Gemäß Hradil lässt sich der stetige Ausbau formeller, sozialer Sicherungssysteme in Westeuropa seit Ende des 19. Jahrhunderts bzw. Anfang des 20. Jahrhunderts insbesondere durch „die Machterhaltungsbestrebungen bedrohter autoritärer Regime“ erklären (Hradil 2006: 244). Insofern hat der Wohlfahrtsstaat westeuropäischer Gesellschaften eine spezifische, sozialstrukturelle Grundlage: die Entstehung einer Industriearbeiterschaft. So führte Deutschland als damals führendes Land 1883 zunächst die Krankenversicherung ein, 1884 die Unfallversicherung, 1889 die Rentenversicherung und schließlich 1927 die Arbeitslosenversicherung (Tauchnitz 1999: 137). Der Wohlfahrtstaat ist insbesondere in jenen Gesellschaften ausgebaut, in denen sozial- bzw. christdemokratische Regierungen traditionell vorherrschend waren. Dazu gehören neben den skandinavischen Ländern die Niederlande, Österreich und Deutschland (Schmid 2006: 74f.). Allerdings darf daraus nicht per se geschlossen werden, dass sozialdemokratische Wohlfahrtsregime deutlich mehr Leistungen pro Person bereitstellen. Beispielsweise verwendet Luxemburg „nur“ 24% seines Bruttoinlandsprodukts für Sozialleistungen, weist aber bezüglich der absoluten Höhe der erhaltenen Leistungen pro Person deutlich höhere Werte auf als Dänemark, Schweden und Norwegen. Auch die Schweiz, Deutschland, Frankreich und die Niederlande zahlen nur geringfügig weniger Leistungen pro Person als die skandinavischen Länder. Zwar zeigt sich im Falle Dänemarks, dass vor Zahlung von Sozialleistungen das Land im westeuropäischen Vergleich am meisten Arme hat, aber

²⁸ Ebenso gibt es zweckgebundene Steuern oder Beiträge, die nur für bestimmte Leistungen bzw. Personengruppen verwendet werden, wie z. B. der deutsche Solidaritätsbeitrag für den Wiederaufbau Ostdeutschlands (Hradil 2006: 240).

²⁹ Großbritannien, Neuseeland und Australien stehen in der Tradition des „radikalen Egalitarismus“, wonach nur beschränkte sozialpolitische Ausgaben getätigt werden, diese aber massiv umverteilend zugunsten der Armen eingesetzt werden (Castles & Mitchell 1993).

nach Zahlung am wenigsten aufweist. Doch auch Großbritannien werden mit seiner Ausrichtung auf Existenzsicherung mittels begrenzter, aber gezielter Leistungen relativ große Armutsbekämpfungseffekte bescheinigt (Hradil 2006: 248, 253).

3.2.2. Markt- und solidaritätsbasierte Sicherungsformen

Neben öffentlich organisierten Systemen gibt es weitere formelle Sicherungsformen, die durch das Regelungsprinzip „Markt“ gesteuert werden. Dies sind insbesondere alle Arten von freiwilligen Versicherungen, die in der Regel von privaten, gewinnorientierten Organisationen angeboten werden: Kranken-, Lebens- und Sachversicherungen. Private Versicherungen spielen insbesondere in einigen Industrieländern des liberalen Typus wie den USA eine bedeutende Rolle, z. B. für die Gesundheits- und Altersversorgung. In den USA, aber auch in lateinamerikanischen Schwellenländern wie Brasilien, Chile und Uruguay werden mehr als 20% der Gesundheitskosten über private Krankenversicherungen finanziert. In allen vier Ländern werden die armen Bevölkerungssegmente allerdings über öffentlich finanzierte Programme gegen hohe Krankheitskosten abgesichert (Sekhri & Savedoff 2005: 130f.). Auch das Schweizer System baut auf privaten, gewinnorientierten Versicherungen auf, wobei alle Einwohner gesetzlich dazu verpflichtet sind, eine private Grundversicherung abzuschließen (Sekhri & Savedoff 2005: 128, 130f.). Jedoch gibt es auch in Gesellschaften mit konservativem Wohlfahrtsregime wie z. B. Deutschland neben gesetzlichen auch private Krankenkassen, über die z. B. selbständig Arbeitende grundversichert sind. Vor allem aber decken private Versicherungen in vielen westlichen Ländern zusätzliche Gesundheitsleistungen ab, u. a. in Frankreich (Erlass von Zuzahlungen) oder in Deutschland (z. B. Versorgung als Privatpatient im Krankenhaus) (Sekhri & Savedoff 2005: 129).

Ein weiterer wichtiger Bereich marktgesteuerter Sicherung in Industrieländern sind betriebliche Sozialleistungen von Unternehmen, welche allerdings von Land zu Land deutlich variieren. Diese reichen von betrieblichen Zusatzrenten und Berufsunfähigkeitsversicherungen über Kranken- und Arbeitsunfallversicherung, kostenlose Gesundheitsdienste bis hin zu subventionierten Mahlzeiten und Kinderkrippenplätzen. In Deutschland können Betriebsrenten je nach Unternehmen von Anfang an festgelegt oder beitragsabhängig, d. h. an das Gehalt gekoppelt sein. Andere Betriebe bieten den Angestellten die Möglichkeit, einen Teil des Gehalts für die Rente zu sparen – die so genannte Entgeltumwandlung. Darüber hinaus bieten auch Banken Anlagefonds und Sparkonten für die private, ergänzende Altersvorsorge an. Gsänger stellt zurecht fest, dass

„(...) in den Industrieländern staatliche und privatwirtschaftliche Angebote gegenüber Sicherungsangeboten von Solidargemeinschaften und Mitgliedschaften in Organisationen den weitaus wichtigsten Teil des Portfolios bilden (...)“ (Gsänger 2004: 83).

Dies heißt allerdings mitnichten, dass solidaritätsgesteuerte Sicherungsformen wie Familie und Verwandtschaft, Nachbarschaft oder Hilfswerke in Gesellschaften mit starkem wohlfahrtsstaatlichem Regime keine Rolle mehr für die Herstellung sozialer Sicherung spielen (Gsänger 2004: 84). Dies gilt einmal mehr vor dem Hintergrund des Umbaus sozialer Sicherungssysteme. Vor allem, aber nicht nur in Ländern des liberalen Wohlfahrtstypus wird die Rolle von privater Vorsorge, Familie und Ehrenamt für soziale Sicherung propagiert (Schmid 2006: 94). Nach Glatzer ist

„(...) die zentrale Leistung des informellen sozialen Netzwerks – innerhalb wie außerhalb des Haushalts – (...) die Gewährung von personenbezogener sozialer Unterstützung (social support)“ (Glatzer 2001: 296).

Personenbezogene Unterstützung wird dabei nicht nur in Form von wichtigen materiellen Zuwendungen geleistet – es geht auch um andere Arten der Hilfestellung, wie z. B. administrative Hilfe, emotionalen Beistand oder soziale Anerkennung. Damit setzen sich Haushalte, Familien und ihre sozialen Netzwerke insofern von sozial- und wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen sowie intermediären Vereinigungen ab, als sie personenbezogene Güter und Dienste nicht für anonyme Dritte, sondern für Haushaltsangehörige bzw. Mitglieder des eigenen informellen, sozialen Netzwerks bereitstellen. Ein Anrecht auf solche Unterstützung besteht nach Glatzer hingegen nur, wenn die Zugehörigkeit zum Haushalt oder seinem Netzwerk nachgewiesen ist (Glatzer 2001: 296). Insofern ist festzuhalten, dass auch in Gesellschaften des OECD-Raumes soziale Sicherung nicht allein über staatlich organisierte Systeme hergestellt wird. Keebet Benda-Beckmann schreibt in diesem Zusammenhang:

„Nowhere in the world is social security confined to what the state provides. Even in the most extended social welfare systems of the wealthy countries public policies are only part of the total picture (...). At the height of social welfare, the focus had come to lie almost entirely on the state and its policies. But any woman who has taken care of children or an aged parent will know that support by the state may at best make her task lighter. In addition, social security would be far less effective without the huge amount of volunteer work“ (Benda-Beckmann 2005: 11f.).

Angesichts weitreichender Globalisierungseffekte³⁰, einer gewissen Entkopplung von Wachstum und Beschäftigung mit der Folge struktureller Arbeitslosigkeit sowie der zunehmenden Alterung der Gesellschaften (Schmid 2006: 47), waren alle OECD-Länder zum Um- bzw. Abbau ihrer jeweiligen wohlfahrtsstaatlichen Regime

³⁰ Im internationalen Vergleich haben insbesondere beitragsfinanzierte Systeme Wettbewerbsnachteile, da ihre Sozialabgabequote aufgrund relativ hoher Lohnnebenkosten steigt. Dies führt dazu, dass vor allem multinationale Unternehmen mitunter ihre Produktion dann in Schwellenländer verlegen, wenn diese in der jeweiligen Branche benötigtes Know-how besitzen.

gezwungen³¹. Die unternommenen, sozialpolitischen Reformanstrengungen legen deutlich offen, dass die Typologie Esping-Andersens durchlässig ist und mehr und mehr Länder je nach Sicherungsbereich Komponenten der unterschiedlichen Wohlfahrtstypen kombinieren. So hat sich beispielsweise Deutschland beim nordischen Modell bedient, indem es seit der Agenda 2010 eine stärkere Arbeitsmarktpolitik betreibt, um Personen durch intensivere Beratung und qualifizierende Weiterbildung wieder in die Erwerbsarbeit zu bringen³². Gleichzeitig wurden jedoch auch Elemente liberaler Modelle aufgenommen, z. B. die Verschärfung der Bedürftigkeitsprüfungen sowie Zumutbarkeitsklauseln bei der Aufnahme neuer Jobs, die nicht dem Qualifikationsniveau des/der Arbeitssuchenden entsprechen. Schließlich wurde in Deutschland entsprechend des sozialdemokratischen Wohlfahrtsmodells das Elterngeld eingeführt und der Ausbau von Kinderkrippenplätzen vorangetrieben, um die Vereinbarkeit von Familie (Kinder/Hausarbeit) und Beruf zu verbessern³³. Im Gesundheitsbereich wurden in vielen Ländern kostendämpfenden Maßnahmen eingeführt - dazu gehören beispielsweise Selbstbehalte, Franchisen oder *managed care*-Modelle³⁴.

Dennoch werden Systeme sozialer Sicherung letztlich selten radikal verändert, gerade weil sie allmählich historisch gewachsen sind und auf spezifisch-nationalen Werten sowie politischen Akteurskonstellationen basieren. Insofern bewirkt diese Pfadabhängigkeit, dass der Globalisierungseinfluss zwar zunimmt, aber Sozialpolitik weiterhin stark national geprägt bleibt (Kohlmorgen 2004: 57). Daher lassen sich die vor einem spezifischen sozialstrukturellen Hintergrund entstandenen westeuropäischen Systeme auch nicht ohne weiteres auf andere Gesellschaften übertragen.

³¹ In diesem Zusammenhang wird insbesondere das so genannte Umlageverfahren zunehmend in Frage gestellt, wonach die für die jeweils laufende Periode eingenommenen Beiträge bzw. Steuern für die Deckung der in derselben Periode anfallenden Sozialleistungen (z. B. Renten) entsprechend des Generationenvertrages verwendet werden. Dies gefährdet die zukünftige Altersversorgung der kleiner werdenden jüngeren Generation, die für die größer werdende Zahl an Rentnern aufkommen muss. Daher wird mehr und mehr die Stärkung von Kapitaldeckungsverfahren favorisiert, wonach eingezahlte Beiträge akkumuliert und verzinst werden (Hradil 2006: 245).

³² Traditionell wurde u. a. auch in Deutschland versucht, das Problem struktureller Arbeitslosigkeit durch die Reduzierung des Arbeitskräfteangebots (d. h. Frühverrentung) zu entschärfen (Schmid 2006: 96).

³³ In der gegenwärtigen Debatte wird zudem immer deutlicher, dass monetäre Transferleistungen allein nicht immer die adäquate Antwort auf bestimmte Sicherungsprobleme sind. So werden Dienstleistungen wie Schuldnerberatung sowie Familien- und Jugendhilfe immer bedeutsamer (Hradil 2006: 239).

³⁴ Im Schweizer System müssen die Versicherten zwischen verschiedenen so genannten Franchisen wählen, die zwischen 300 bis 2500 Schweizer Franken jährlich betragen. Je nach gewählter Franchise müssen in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen bis zu diesem Betrag vom Versicherten selbst getragen werden, bevor die Krankenkasse die restlichen Kosten übernimmt. Die Krankenkassenprämien liegen in der Schweiz in der Regel niedriger, wenn sich Versicherte für ein *managed care*-Modell entscheiden, bei dem sie zunächst immer erst ihren festgelegten Hausarzt konsultieren müssen, bevor dieser sie u. U. zu einem Facharzt oder ins Krankenhaus überweist.

3.3. Formen und Entwicklungen sozialer Sicherung in afrikanischen Gesellschaften

Für afrikanische Gesellschaften werden dennoch öffentlich organisierte Sicherungssysteme, die schrittweise die gesamte Bevölkerung umfassen, als mittel- bis langfristiges Ziel formuliert (Carrin 2002: 3). Jedoch sind diese Systeme bisher selbst im Vergleich zu Ländern des südlichen und östlichen Europas nur sehr rudimentär ausgebildet. Lediglich 5-10% der Beschäftigten in Afrika südlich der Sahara sind sozialversichert bzw. durch eine Pflichtkasse abgedeckt (Entwicklung & Zusammenarbeit 2011: 8; Weltgesundheitsbericht 2010: x). Krankenversichert sind zirka 2% der afrikanischen Bevölkerung (Odenthal 2011: 121). Ursache ist zum einen die strukturelle Ressourcenknappheit dieser Gesellschaften, die sich in einem niedrigen Steueraufkommen und einem relativ kleinen, formellen Wirtschafts- und Beschäftigungssektor äußert³⁵. Während ein Bismarck-Modell der Sozialversicherung verlangt, dass ein ausreichender Anteil der Bevölkerung in einem formellen Beschäftigungsverhältnis steht, ist für ein steuerfinanziertes Beveridge-System sozialer Sicherung das Durchsetzen der Steuergesetzgebung durch den Staat maßgeblich. In vielen Ländern Afrikas, deren Bevölkerung größtenteils noch immer durch kleinbäuerliche Familienbetriebe geprägt ist, gestaltet sich die Steuereintreibung allerdings schwierig. Für die Einführung beider Systeme sind zudem gewisse institutionelle, infrastrukturelle, organisatorische und personelle Kapazitäten nötig. An all diesen Vorbedingungen fehlt es in den meisten so genannten Entwicklungsländern (Tanzi 2006: 418; Carrin 2002: 2). Zum anderen aber ist der Wohlfahrtsstaat eine genuin westeuropäische Institution, die aus den sozialen Begleiterscheinungen der Industrialisierung Ende des 19. Jahrhunderts resultierte. Im Zuge der verstärkten Lohnarbeit und veränderter Arbeitsbedingungen sowie abnehmender Subsistenz- und Tauschwirtschaft entstanden „neue“ Risiken und Sicherungslücken (Hradil 2006: 238)³⁶. Vor diesem Hintergrund wurden solidaritätsgesteuerte, private Vereine gegründet, die gegenseitige Hilfe einschließlich Schutz vor Krankheitskosten boten (siehe dazu Tauchnitz 1999 für Deutschland, *Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne* 1991 für Belgien und Dreyfus 1988 für Frankreich). Solche Genossenschaften und Vereine waren zunächst Ausdruck gesellschaftlicher Selbstorganisation. Erst sukzessive wurden sie z. B. in Deutschland durch staatliche Intervention zu öffentlichen Sozialversicherungssystemen zusammengeführt und ausgebaut, die nach und nach nahezu die gesamte Bevölkerung abdeckten (Sekhri &

³⁵ Zum anderen sind auch Unternehmenssteuern oftmals niedrig, da die wenigen Industrie- und Dienstleistungsbetriebe hohe Steuern vermeiden wollen und u. U. mit Abzug drohen würden. Dies führt neben relativ hohen Mehrwertsteuern vor allem zu höheren Importsteuern, wodurch es zu starken Abhängigkeiten von Entwicklungen des internationalen Handels kommt. Sachs fügt außerdem an, dass in der Auseinandersetzung um knappe Budgets die mit Sicherungsfragen betrauten Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsministerien in einem strukturellen Nachteil gegenüber Finanz-, Verteidigungs- oder Wirtschaftsministerium stehen (Sachs 2001: 57-60; Huber et al. 2003: 11;).

³⁶ Allerdings zeigt Betz, dass auch in Südkorea die Krankenversicherung (1989) sowie später die Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe (1995 bzw. 2000) vor allem infolge von Arbeiterprotesten und sozialen Unruhen eingeführt wurden (Betz 2004: 17).

Savedoff 2005: 129; Holst 2004: 42). In Frankreich und Belgien bestehen solche solidaritätsgesteuerten Krankenkassen wie z. B. die *Mutualité Française* oder die *Alliance Nationale de la Mutualité Chrétienne* (ANMC) noch heute³⁷. Auf diese gehen die weiter unten behandelten gemeindebasierten Krankenversicherungen im französischsprachigen Afrika südlich der Sahara zurück, was die Ausführungen in Kapitel 2 unterstreicht, dass internationale Entwicklungspolitik nationale Sozialpolitik mitgestaltet.

3.3.1. Öffentliche und marktgesteuerte Sicherungsmechanismen

Die 5-10% der Bevölkerung, die in Afrika südlich der Sahara durch öffentlich-staatliche Sozialversicherungssysteme abgedeckt sind, setzen sich in aller Regel aus Staatsangestellten, Militärs und Angestellten großer Privatunternehmen, die in einem formellen Beschäftigungsverhältnis stehen, zusammen. Nur etwa 5% der Bevölkerung verfügen durchschnittlich über eine öffentliche Alterssicherung (Tanzi 2006: 418f.; Betz 2004: 15, 23). Zudem sind die für diese überschaubaren Gruppierungen angebotenen Leistungen unzureichend und stehen oftmals nicht in einem kosteneffektiven Verhältnis zum administrativen Aufwand. Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen einigen Ländern des südlichen Afrikas bzw. Inselstaaten wie Mauritius und dem Rest Afrikas südlich der Sahara (Zwaniecki 2001: 29, 46). Dies sind in der Regel Systeme, die bereits von den ehemaligen Kolonialmächten eingeführt wurden. So finden sich in englischsprachigen Ländern Rentenversicherungssysteme, die Zwangssparen auf individuellen Konten vorsehen (so genannte *Provident Funds*). Diese zahlen den Versicherten bei Eintritt ins Rentenalter eine einmalige, ungenügende Kapitalsumme aus, die den Lebensunterhalt nicht sichert. Daher werden diese Kapitalsummen vor allem als Investition in eine neue Einkommensaktivität genutzt. Die noch relativ verhaltene Alterung vieler Gesellschaften Afrikas südlich der Sahara hält die Regierungen davon ab, Reformen einzuleiten³⁸. Die finanzielle Lage der Rententräger ist in aller Regel deshalb schlecht, weil das Management oftmals politisiert ist, Beitragszahlungen nicht geleistet werden und das Renteneintrittsalter sehr tief liegt. Steuerfinanzierte Grundrenten bieten nur wenige Länder des südlichen Afrikas: z. B. Namibia, Botswana und Mauritius. Formelle Sicherungssysteme für den Fall der Arbeitslosigkeit sind in kaum einem Land vorhanden (Betz 2004: 22ff.). Staatliche Fürsorge und Sozialhilfe sind in den meisten Ländern mit Ausnahmen wie Südafrika oder Namibia ebenfalls nicht gegeben bzw. nur rudimentär ausgebildet (Holst 2004: 38; Gsänger 2004: 85, 87f.; Zwaniecki 2001: 44). Für die breite Mehrheit der Bevölkerung allerdings besteht kein gesichertes Anspruchsrecht auf öffentlich-staatliche

³⁷ Die monatliche Zeitschrift „Folio“ der Neuer Zürcher Zeitung berichtete in seiner Ausgabe vom September 2005 mit dem Titel „Krankenkassen – Wie viel Gesundheit kostet“ von einer Schweizer Kleinstversicherung mit 112 Versicherten, die nur in der Gemeinde Gondo-Zwischenbergen operiert. Die Gemeinde bezuschusst die Kasse, um die Einwohner in diesem Bergort zu halten (Strässle 2005: 26f.).

³⁸ Beispielsweise plädiert Tanzi dafür, dass vor allem in ressourcenschwachen Ländern Regierungen stärker regulieren anstatt weiterverteilen, indem sie neben einer Minimalrente für alle z. B. zusätzliche, private Altersvorsorge für besser gestellte Gruppierungen verpflichtend machen und das Kapital- dem Umlageverfahren vorziehen (Tanzi 2006: 420f.).

Sicherungsleistungen, wie dies bei den wohlfahrtsstaatlichen Typen der Fall ist. Jedoch werden einige Sicherungsleistungen durch Entwicklungshilfegelder zumindest für sozioökonomisch schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen bereitgestellt³⁹. In vielen afrikanischen Gesellschaften fehlt der politische Wille, die nötige Unterstützung unter den sozioökonomisch bessergestellten Lagen für die Einführung eines national organisierten Sicherungssystems zu gewinnen. Denn ein solches System müsste dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit folgen, wonach entsprechend der Zahlungsfähigkeit beigetragen wird, aber gemäß der Bedürfnisse Leistungen in Anspruch genommen werden dürfen (Carrin 2002: 4). Da aber für die politische Legitimation und Abstützung von Regierungen in Entwicklungsländern die zwar relativ kleine Gruppierung aus formell Angestellten in Staat und Wirtschaft sowie vor allem des Militärs von enormer Bedeutung ist, wird dieser Versuch mit dem Hinweis auf zu geringe finanzielle Ressourcen gar nicht erst unternommen. Vielmehr geht es vielfach darum, diese sozioökonomisch abzusichern.

Dennoch bemühen sich einige Staaten, die formelle Sicherung nach und nach auf andere Bevölkerungsgruppen auszudehnen. Dazu gehören Kenia und Tansania. Während Kenia ein Gesetz verabschiedet hat, welches den Aufbau eines nationalen *Social Health Insurance Fund* vorsieht, gibt es in Tansania bereits den *National Health Insurance Fund*. Die soziale Krankenversicherung in Kenia soll zunächst Beamte und öffentliche Angestellte abdecken, danach sollen auch ärmere Gruppierungen eingebunden werden, indem ihre Beiträge durch Steuerfinanzierung subventioniert werden (Holst 2004: 41). Der tansanische *National Health Insurance Fund* deckt momentan Angestellte des öffentlichen Dienstes ab, die darüber pflichtversichert sind. Sukzessive soll dieser Fond aber auch für freiwillige Mitgliedschaften aus dem Privatsektor geöffnet und mit den *Community Health Funds* verbunden werden. Letztere decken ländliche Bevölkerungen und Angehörige des informellen Beschäftigungssektors auf freiwilliger Basis ab. Insgesamt sind zirka 15% der tansanischen Bevölkerung für den Krankheitsfall geschützt, 7.1% im *National Health Insurance Fund* und 7.9% über *Community Health Funds*. Zurzeit besteht in Tansania jedoch noch eine Fragmentierung der Sicherungsformen nach Bevölkerungssegmenten, die einem Ausgleich zwischen sozioökonomisch besser- und schlechter Gestellten sowie zwischen formellem und informellem Beschäftigungssektor entgegensteht (Steinwachs 2006: 56f.)⁴⁰.

In den meisten Ländern Afrikas südlich der Sahara werden durch Marktmechanismen gesteuerte Sicherungsformen von nur sehr kleinen Bevölkerungsgruppierungen in Anspruch genommen, in der Regel von formal Angestellten größerer Unternehmungen. Diese Mechanismen sind vor allem freiwillige Lebens- und Krankenversicherungen sowie individuelle Gesundheitssparkonten (*medical saving accounts*). Ausnahmen bilden Südafrika, Namibia und Simbabwe, wo

³⁹ Sambia testete mit technischer Unterstützung der ehemaligen GTZ die Wirkung einer staatlichen Sozialhilfe für sehr arme Familien, d. h. unkonditionierte Bargeldtransfers (Krech & Schmidt 2006: 412f.).

⁴⁰ Jedoch hat der *National Health Insurance Fund* seit 2009 offiziell das Mandat, auch den *Community Health Funds* auf nationaler Ebene zu verwalten.

mehr als 20% der Gesundheitskosten durch privaten Versicherungsschutz finanziert werden. Dies heißt aber nicht automatisch, dass auch ein größerer Bevölkerungsteil über diesen Mechanismus versichert ist: In Simbabwe waren es lediglich 8%. Vielmehr gibt es in allen drei Ländern öffentliche Systeme der Gesundheitssicherung für die ärmsten Segmente. In den meisten Ländern aber sind private Versicherungen kaum gesetzlich reguliert, weshalb der Konsumentenschutz, die Kostenkontrolle und Ausgleich zwischen arm und reich nicht sichergestellt sind (Sekhri & Savedoff 2005: 129f.). Schließlich werden betriebliche Leistungen wie subventionierte Mahlzeiten oder kostenlose Gesundheitsdienste in afrikanischen Gesellschaften höchstens von einigen großen bzw. multinationalen Unternehmen angeboten.

Wie die Ausführungen zeigen, stellt die große Mehrzahl der Bevölkerung in afrikanischen Gesellschaften soziale Sicherung weder über hierarchie- noch marktgesteuerte Mechanismen her, sondern über verschiedene solidaritätsbasierte Formen. Über solidaritätsgesteuerte Sicherungsformen werden beispielsweise Direktzahlungen (Englisch: *out of pocket payments*) bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten bestritten, die in vielen Ländern Afrikas südlich der Sahara weiterhin den wichtigsten Finanzierungsmechanismus darstellen.

3.3.2. Solidaritätsbasierte Sicherungsformen

Zu solidaritätsgesteuerten Sicherungsformen gehören informelle Mechanismen wie z. B. Familie und Verwandtschaft, Nachbarschaft, Dorfgemeinschaft, ethnisch definierten Wir-Gruppen oder Selbsthilfegruppen. Diese auf direkten sozialen Beziehungen bzw. Netzwerken beruhenden Formen haben nicht nur Sicherungsqualität, sondern auch ganz andere Funktionen (z. B. Reproduktion, gemeinsames Wirtschaften, emotionale Unterstützung). So hat z. B. nicht nur in Afrika südlich der Sahara bereits die Ehe einen Sicherheitsaspekt. Beispielsweise stellt die Polygamie in ländlichen Gebieten des westlichen Sahels (Senegal, Mali, Burkina Faso etc.) sowohl für Männer als auch Frauen noch immer eine Alterssicherung dar, auch wenn die mit einer Zweit- oder Dritttheirat verbundenen Kosten mittlerweile für viele Männer zu hoch sind. Für sie bedeutet aber die Heirat einer zweiten oder dritten Frau, mehr Arbeitskräfte zur Bearbeitung der Felder und für andere wirtschaftliche Aktivitäten zur Verfügung zu haben, was vor allem im Alter die Nahrungsmittelversorgung sichert. Für Witwen wiederum stellt die Schwager-Ehe (Levirat) nach dem Tod ihres Ehemanns eine „traditionelle“ solidaritätsbasierte Sicherungsform dar, die zumindest in ländlichen Sahelgebieten noch immer praktiziert, aber als Institution zunehmend brüchig wird. Der Status einer Verheirateten sichert die Frau ökonomisch und sozial ab. Dennoch ziehen es mehr und mehr Witwen vor, nicht mit dem Schwager zu leben, selbst wenn sie dann auf Unterstützung verzichten müssen (Badini-Kinda 2005: 146, 156).

Unterschiedliche entwicklungssoziologische und ethnologische Arbeiten haben für verschiedene Gesellschaften nicht nur herausgearbeitet, dass selbst in Familie und Verwandtschaft keineswegs gesicherte Ansprüche bestehen, sondern Leistungen je nach Kontext neu ausgehandelt werden müssen. Insofern sind Familien- und Verwandtschaftsbeziehungen reziprok und nicht altruistisch angelegt. Exemplarisch

lässt sich dies anhand der Arbeiten von Steinwachs für Tansania (Steinwachs 2006: 23f.) und Badini-Kinda für das ländliche Burkina Faso zeigen:

„ (...) kin relations require being looked after and are maintained thanks to the regular exchanges at work. The guarantee of a minimum of social security rests on the capacity of the individual to take responsibility for him or herself. Counting on oneself in the first instance is a sign of relative autonomy and at the basis of family support” (Badini-Kinda 2005: 144).

Um Sicherungsansprüche z. B. im Alter geltend machen zu können, müssen im Rahmen reziproker Beziehungen zuvor Leistungen erbracht worden sein. Dazu sind Ressourcen nötig, die nicht immer materieller Art sein müssen. So wird innerhalb ehelicher Beziehungen im ländlichen Burkina Faso von der Frau erwartet, dass sie z. B. die Felder des Ehemanns mitbestellt, ihm und seiner *lineage* immer Respekt zollt, sowie ihm beim der Erfüllung seiner familiären Verpflichtungen auch ökonomisch hilft, ohne dies öffentlich kundzutun. Im Gegenzug kann die Ehefrau erwarten, dass sie im Alter auch Hilfe von seiner *lineage* erhält, z. B. dass sie beim Tod des Ehemanns von einem seiner Brüder geheiratet und von ihm und seinen Kindern mit unterhalten wird (Badini-Kinda 2005: 145f.). Roth und de Jong zeigen ebenfalls für das ländliche Burkina Faso auf, dass ältere Männer durch Polygamie sowie Landbesitz Sicherungsleistungen gegenüber ihren Söhnen und Ehefrauen aushandeln können. Diese Ressourcen ermöglichen ihnen es, in einer reziproken Austauschbeziehung zu verbleiben, denn die Söhne möchten sich den Zugang zu Land sichern und die Frauen ihren Status als sozial integrierte und respektierte Ehefrau. Des Weiteren unterstützt das nach wie vor in Burkina Faso vorherrschende Senioritätsprinzip Sicherungsansprüche sowohl von älteren Männern als auch Frauen gegenüber ihren Kindern (Roth & de Jong 2005: 178f.). Auch die im ländlichen Mali und Burkina Faso weit verbreiteten informellen, dörflichen Jugendvereinigungen (*tòn des jeunes*) bestellen Felder von Haushalten und Individuen, heben Gräber aus oder unterstützen Hilfsbedürftige in anderer Weise. Doch auch hier sind in der Regel (minimale) Gegenleistungen geboten, z. B. die Arbeitenden mit Essen und Getränken zu versorgen oder einen Beitrag an ihre Gemeinschaftskasse zu leisten (Badini-Kinda 2005: 160).

Hingegen kann nicht jeder Mechanismus für einen beliebigen Sicherheitsaspekt mobilisiert werden. So sind im ländlichen Burkina Faso insbesondere die Kinder für die Alterssicherung der Eltern zuständig. Von Nachbarn, Glaubensgemeinschaften und staatlichen Behörden (*Action Sociale* in Mali und Burkina Faso) lassen sich eher Nahrungsmittelhilfen erwarten, die erweiterte Verwandtschaft trägt vor allem bei sozialen Ereignissen wie Hochzeit, Taufe und Beerdigung materiell bei (Badini-Kinda 2005: 150, 153, 164). Normen regeln, wer zu welchem Zweck um Unterstützung gebeten werden kann.

Ein weiterer informeller, altruistisch ausgerichteter Sicherungsmechanismus ist in muslimisch geprägten Gesellschaften Afrikas südlich der Sahara der *Zakat al-Fitr*, über

den Sicherungsleistungen für Dritte erbracht werden. So geben Familien am Ende des Fastenmonats Ramadan Almosen an Bedürftige, z. B. in Form von Nahrungsmitteln oder Geld. Die Höhe der Almosen hängt u. a. von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Größe der Familie ab (Badini-Kinda 2005: 161). Darüber hinaus bemüht sich die internationale Zusammenarbeit, informelle und vor allem formelle Sicherungsformen zu stärken, die auf Reziprozität bzw. Altruismus beruhen. Dazu gehören informelle Spar- und Kreditringe insbesondere von Frauen (in Französisch *tontines*), Sozialprogramme für sozioökonomisch schlecht gestellte Bevölkerungen (z. B. *social cash transfer* in Sambia oder Brasilien, d. h. unkonditionierte Barauszahlungen bzw. Geld gegen erfüllte Bedingungen wie den Schulbesuch von Kindern) oder freiwillige, lokale Krankenversicherungen, auf die im nächsten Kapitel fokussiert wird (Krech & Schmidt 2006: 412f.).

Die unterschiedlichen Sicherungssysteme sind **Wandlungs**prozessen ausgesetzt - neue, z. B. durch die Entwicklungszusammenarbeit eingeführte Sicherungsformen kommen hinzu, „traditionelle“ Solidaritätsnetze wie familiäre, verwandtschaftliche und dörfliche Sicherungsmechanismen bröckeln. Zwar scheinen beispielweise erwachsene Kinder in ländlichen Gebieten Burkina Fasos immer noch den „intergenerationellen Vertrag“ einzulösen. Jedoch sehen auch sie sich einem höheren ökonomischen Druck ausgesetzt, denn einerseits steigen die Kosten für den eigenen Lebensunterhalt einschließlich der Heiratsausgaben, andererseits müssen Eltern und andere Verwandte versorgt werden⁴¹. Auch jüngere Generationen in ländlichen Gebieten Afrikas entwickeln mit dem wachsenden Konsumangebot verstärkt Konsumwünsche, die mitunter im Konflikt mit anderen Ausgaben wie z. B. der Versorgung der Eltern stehen. In urbanen Gebieten kommt es gar zu einem entgegengesetzten Trend, wonach Eltern weiterhin ihre erwachsenen, arbeitslosen Kinder unterstützen (Badini-Kinda 2005: 147, 150f.). Andere Studien thematisieren die Auseinandersetzungen zwischen Generationen aufgrund von Wert- und Einstellungsunterschieden, aber auch von Ressourcenkonflikten (Whyte, Alber & van der Geest 2008). Neuere empirische Analysen fangen im Rahmen von Generationenforschung intrafamiliäre Ressourcenflüsse quantitativ ein, um u. a. ihre materielle Bedeutung für die soziale Sicherung älterer Menschen untersuchen zu können (Alber & Häberlein 2011).

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass alle Gesellschaften über eine ihnen jeweils eigene Kombination unterschiedlich gesteuerter Sicherungsformen und –systeme verfügen, die oft nebeneinander stehen und unterschiedliche Bevölkerungsgruppen abdecken. Dementsprechend variiert auch die Ausformung jeder Sicherungsform in Bezug auf Finanzierung, Leistungserbringung und –Ansprüche sowie den erfassten Personenkreis von Gesellschaft zu Gesellschaft. Dennoch mutmaßt Gsänger in Bezug auf die aktuellen Entwicklungen in vielen Entwicklungsländern:

⁴¹ Badini-Kinda weist zudem darauf hin, dass selbst dann die Unterstützung erwachsener Kinder nicht per se gegeben ist, wenn verheiratete Söhne das Gehöft mit den Eltern teilen. Durch die Landteilung bestellt jeder Sohn zunächst seine eigenen Felder. Einige von ihnen arbeiten daher weniger für die Eltern, und z. T. teilen sie auch nicht mehr das Essen mit ihren Eltern (Badini-Kinda 2005: 152).

„Das Leitbild eines Systems sozialer Sicherung, in dem sowohl staatliche als auch privatwirtschaftliche und gemeinnützige Träger einander ergänzende Rollen spielen, wird sich durchsetzen“ (Gsänger 2004: 82; Kohlmorgen 2004: 70).

Das anschließende Kapitel behandelt eine für Afrika südlich der Sahara relativ neue, formelle Sicherungsform, die vornehmlich durch reziproke Solidarität gesteuert wird: die in dieser Forschungsarbeit im Zentrum stehenden, gemeindebasierten Krankenkassen des Typs der *mutuelle de santé* werden zunächst analytisch und empirisch beschrieben, bevor die bisher identifizierten Ursachen ihrer niedrigen Versichertenraten und die bestehenden Forschungslücken diskutiert werden.

Tabelle 1: Formen der sozialen Sicherung

Formen der Gesundheitssicherung	Vorrangiger Steuerungstyp	Finanzierungsquelle	Abgedeckte Bevölkerungsgruppen	Länderbeispiele
Formelle Formen				
Obligatorische Sozialversicherungssysteme (Bismarck-Modell)	Hierarchie	Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge	Beschäftigte des öffentlichen Sektors und des formellen Wirtschaftssektors	Frankreich, Deutschland, Belgien, Japan, Südkorea, Costa Rica
Öffentliche Sozial- und Gesundheitsdienste (Beveridge-Modell)	Hierarchie	Steuern, Entwicklungshilfegelder	Für gesamte Bevölkerung oder benachteiligte Gruppierungen	<i>Social cash transfer</i> in Brasilien und Sambia, <i>national health service</i> in GB, Sozialhilfe
Verpflichtende Rentensparkonten (<i>provident funds</i>)	Hierarchie	Individuum (Haushalt)	Beschäftigte des öffentlichen Sektors und des formellen Privatsektors	Anglophone Länder Afrikas
Gesundheitssparkonten (<i>medical saving accounts</i>)	Markt	Individuum (Haushalt)	A priori offen für gesamte Bevölkerung	Südafrika
Private, kommerzielle Lebens-, Krankenversicherungen etc.	Markt	Individuum, Haushalt	A priori offen für gesamte Bevölkerung	Freiwillige Krankenversicherung: Chile; Krankenversicherungspflicht: Schweiz
Nicht-Regierungsorganisationen (Wohlfahrtsverbände, Vereine, Stiftungen etc.)	Solidarität (Altruismus)	Mitgliederbeiträge, Entwicklungshilfegelder	Benachteiligte Bevölkerungen	Weltweit
Freiwillige, gemeindebasierte Krankenversicherungen bzw. Krankenkassenvereine auf Gegenseitigkeit, Kooperativen	Solidarität (Reziprozität)	Mitgliederbeiträge, Entwicklungshilfegelder, Staat und dezentrale Gebietskörperschaften	Mitglieder: Beschäftigte des informellen Sektors, ländliche Bevölkerungen	Afrika südlich der Sahara: Ghana, Ruanda, Tansania, frankophones Westafrika; Asien: Indien, Thailand, Vietnam
Informelle Formen				
Spar- und Kreditringe, Dorfbanken	Solidarität (Reziprozität)	Mitgliederbeiträge	Mitglieder	z. B. <i>tontines</i> im frankophonen und <i>money go round</i> im anglo-phonon Afrika
Ethnisch-regional oder religiös basierte Netzwerke	Solidarität (Reziprozität)	Mitgliederbeiträge	Mitglieder ethnisch / regional / religiös definierter Gruppen	Urbane Migrantennetzwerke, z. B. in Afrika südlich der Sahara
Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft etc.	Solidarität (Reziprozität)	Einkommen, Vermögen etc.	Familien-, Verwandt- oder Nachbarschaftsangehörige	Weltweit

Quelle: Eigene Darstellung, aufbauend auf Gsänger 2004, Jütting 2004, Neubert 1990 und Zwaniecki 2001.

4. Gemeindebasierte Krankenkassen und das Problem niedriger Versichertenzahlen

In afrikanischen Gesellschaften haben lokale Krankenkasseninitiativen seit Anfang der 1990-er Jahre allmählich Eingang in die sozialen Sicherungssysteme gefunden. Als potenzielle Nutzer gelten vor allem Beschäftigte des informellen Wirtschaftssektors und kleinbäuerliche Familien ländlicher Gebiete, die bisher von formellen Systemen der sozialen Gesundheitssicherung ausgeschlossen waren. Ihnen ist gemein, dass sie über vergleichsweise beschränkte und unregelmäßige Einkommen verfügen (Huber et al. 2003: 14, 57). Während das solidaritätsgesteuerte Modell der *mutuelles de santé* vor allem in frankophonen Ländern anzutreffen ist (Huber et al. 2003: 15), finden sich in anglophonen Ländern Afrikas südlich der Sahara auch Formen, die vornehmlich hierarchie- bzw. marktgesteuert sind (Ekman 2004: 249; WHO 2000: 99). Während es in Südafrika sogenannte *medical aid societies* und *medical schemes* gibt (Sekhri & Savedoff 2005: 130), finden sich in Ghana distriktbasierte Krankenversicherungen (so genannte *community-based health insurance schemes*). Auch in Tansania sind seit 2001 mit den *Community Health Funds* hierarchiegesteuerte Vorauszahlungsmodelle aufgebaut worden. Laut des *Community Health Fund Act* von 2001 obliegt es den Distriktbehörden, einen *Community Health Fund* in ihrem Einzugsgebiet einzurichten. Dieser wird vom sogenannten *Council Health Service Board* ausgestaltet und geführt (z. B. Höhe der Beiträge, Mittelverwendung). Dieser muss zwar Vertreter aus den Gemeinschaften (*communities*) in seinen Reihen haben, sein Sekretär ist jedoch der Distriktarzt, so dass die Gesundheitsbehörden des Distrikts maßgeblichen Einfluss haben. Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen der Versicherten werden ab einer bestimmten Höhe durch den Staat verdoppelt, der dies über einen Weltbankkredit finanziert. Der Gesundheitsfonds hat letztlich die Aufgabe, das eingenommene Geld wieder zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Distrikt einzusetzen (z. B. Finanzierung von Ausstattung und Medikamenten) (Steinwachs 2006: 58-63).

In Uganda und Kenia finden sich marktgesteuerte Krankenkassen, die neben formell Beschäftigten in urbanen Zentren aber auch ländliche Bevölkerungen abdecken, welche in Kooperativen organisiert sind. Die *Microcare Insurance Ltd.* in Uganda ist ein Beispiel dafür (Dekker & Wilms 2010)⁴².

4.1. Steuerungsmodus und Funktionsprinzipien der *mutuelles de santé*

Die im Zentrum dieser Forschung stehenden *mutuelles de santé* werden durch Reziprozität gesteuert, da Leistungen für Mitglieder und nicht für Dritte erbracht

⁴² Eine weitere private Versicherung ist die AAR, die u. a. in Uganda und Kenia präsent ist und auch darüber nachdenkt, Bevölkerungen aus ländlichen Gegenden Versicherungsschutz anzubieten.

werden (Neubert 1990: 549-552). Ihr Zusammenschluss basiert auf gemeinsamen Interessen und Risiken (Kaufmann 1984: 169). Solche *mutuelles de santé* sind in der Regel private, nicht-profitorientierte Vereinigungen, die auf freiwilliger Mitgliedschaft basieren. In Mali müssen solche Vereinigungen ein Exekutivbüro (Vorstand), einen Verwaltungsrat und eine Kontrollkommission haben, die alle von der Generalversammlung gewählt werden (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées 2005: 23). Die Generalversammlung setzt sich aus den so genannten *comités villageois* zusammen, die jeweils drei Personen pro Dorf umfassen und für Informationsarbeit, Mitgliederanwerbung sowie die Überprüfung von Betrugsfällen unter den Versicherten zuständig sind. Der Beitritt erfolgt je nach Satzung als Haushalt oder Familie, als Individuum oder Gruppe (z. B. Bauernkooperative, Frauen-Selbsthilfegruppe). Bei Haushalten und Familien ist meist nur ihr Vorstand Mitglied. Allerdings sind all jene Haushalts- oder Familienangehörigen versichert, für die ein Beitrag eingezahlt wurde⁴³. Solche Kleinkassen erfüllen alle drei Funktionen eines Gesundheitsfinanzierungssystems, wie dies auch in vornehmlich marktgesteuerten Systeme wie dem der Schweiz, Uruguays oder der USA der Fall ist: Sie sammeln (*revenue collection*) und bündeln (*pooling*) Beiträge sowie kaufen Gesundheitsleistungen ein (*purchasing*) (Sekhri & Savedoff 2005: 128). Mitglieder sind so Kunden und Versicherungsanbieter zugleich, da sie durch ihre Mitgliedschaft auch Mitspracherecht bei der Ausgestaltung der Krankenkasse haben, zum Beispiel über die Teilnahme an der Generalversammlung (Schneider 2005: 1436). In einigen Fällen allerdings initiieren auch Dienstleister wie Krankenhäuser oder Gesundheitszentren Krankenkassen, um ihre Kostendeckung zu verbessern. Dadurch entfällt die Trennung zwischen Anbieter von Gesundheitsdiensten und der Versicherung als kollektiver Kunde. In einem solchen Kontext hat die Krankenkasse in der Regel bezüglich der Qualität und Kostenentwicklung von Gesundheitsleistungen keine Kontrollfunktion mehr.

Wie der Begriff „gemeindebasierte“ Krankenkasse bereits ausweist, sind auch *mutuelles de santé* lokal ausgerichtet und daher strukturell klein angelegt. Die von unterschiedlichen Organisationen unterhaltene Informationsplattform *Concertation* zur Förderung von *mutuelles* aktualisiert in regelmäßigen Abständen ein Inventar zur Anzahl und Funktionstüchtigkeit solcher *mutuelles* (<http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=2445>). Im letzten flächendeckenden Inventar von 2004 gaben 45,6% der 366 funktionierenden west- und zentralafrikanischen Krankenversicherungen an, ein Einzugsgebiet von 3'000-30'000 Einwohnern zu haben, 26% gehen von weniger als 3'000 Personen aus (Concertation 2004: 23). Dieser Umstand bringt mit sich, dass die Mehrzahl der *mutuelles* durch ein ehrenamtliches Management geführt werden, das über keine formale Versicherungsausbildung verfügt. Solche Lokalversicherungen folgen dem

⁴³ Die Concertation weist aus, dass der einmalige Mitgliedsbeitrag pro Haushalt/Familie bei 64,3% von 366 untersuchten, operationellen Versicherungen zwischen 1000-2000 FCFA beträgt (1-2 EUR). Der Monatsbeitrag pro versicherte Person beläuft sich bei fast der Hälfte der Kassen auf einen Betrag zwischen 100-300 FCFA (15-45 EUR Cents) (Concertation 2004: 34f.).

Prinzip der Selbstverwaltung. Neben der Verbesserung des finanziellen Zugangs zu Gesundheitsdiensten und der Gewährung finanziellen Schutzes vor schockartigen, katastrophalen Gesundheitsausgaben für die Mitglieder (Ekman 2004: 250), werden auch weitere Ziele formuliert, die mit dieser solidaritätsgesteuerten Sicherungsform verknüpft werden. Danach sind *mutuelles de santé* Ausdruck gesellschaftlicher Selbstorganisation und -Verantwortung im Bereich der Gesundheitssicherung, die nach dem Subsidiaritätsprinzip funktionieren⁴⁴. Zugleich tragen sie durch ihren Steuerungsmodus zu sozialer Kohäsion zwischen den Mitgliedern und Versicherten und damit zur Festigung ihres gesellschaftlichen Umfeldes bei. Schließlich helfen *mutuelles* als zivilgesellschaftliche Organisationen beim Aufbau kollektiver Selbstbestimmung jenseits von Staat und Markt, da sie als kollektiver Akteur ihren Mitgliedern zu mehr Verhandlungsmacht verhelfen, z. B. gegenüber Leistungsanbietern und Gesundheitsbehörden, wenn es um die Verbesserung der Qualität von Gesundheitsdiensten geht (Criel et al. 1996: 281f.).

4.2. Niedrige Versichertenzahlen – eine zentrale Herausforderung

Die Wirklichkeit solcher *mutuelles de santé* sieht aber vielfach anders aus. Sie haben mit unterschiedlichen Herausforderungen zu kämpfen: Neben Schwächen in der Ausgestaltung des Leistungspakets bzw. der Beitragssätze und Management-Problemen, liegt ein Hauptproblem in den zu niedrigen Versichertenzahlen. Diese Herausforderungen stehen in Wechselwirkung. Attraktive Leistungen und Beitragssätze sind wichtige Voraussetzungen für einen Beitritt, doch nur ein ausreichend großer Versichertenpool macht Leistungen und Beitragssätze sowohl für die Versicherung als auch die Versicherten finanzierbar. Trotz der steigenden Zahl an Kassen und Versicherten erreichen freiwillige, gemeindebasierte Krankenkassen weiterhin nur eine Minderheit der Bevölkerung. Beim letzten vollständigen Inventar 2004 zählte die Concertation 622 Versicherungen in untersuchten 11 Ländern⁴⁵, von denen 366 tatsächlich Leistungen bereitstellten⁴⁶. Dabei fanden sich die meisten der funktionierenden Krankenversicherungen im Senegal⁴⁷ (23,8%), gefolgt von Mali (15,3%) und Guinea (15%)⁴⁸. Neben diesen 366

⁴⁴ Mit Bezug auf die staatliche Organisation meint Subsidiarität, dass „die größtmögliche politische, wirtschaftliche, soziale und ökologische Verantwortung auf die kleinstmögliche Verwaltungseinheit zu delegieren sei“ (Leisinger 1995: 131f.). Dieses Prinzip lässt sich jedoch auch auf die Verteilung von Verantwortlichkeiten zwischen staatlichen Trägern, dem kommerziellen Privatsektor und der Zivilgesellschaft übertragen, zu denen gemeindebasierte Krankenkassen gehören. Im Sinne der Deklaration von Alma Ata wird mit gemeindebasierten Krankenkassen auch die Hoffnung verbunden, dass sie zur Erfüllung der Forderung nach „maximum community participation in organisation of primary health care“ beitragen.

⁴⁵ Es handelt sich um west- und zentralafrikanische Länder: Benin, Togo, die Elfenbeinküste, Guinea, Niger, Burkina Faso, Mali, Mauretanien und den Senegal sowie Kamerun und Tschad.

⁴⁶ Von den 366 Kassen definierten sich 324 (88,5%) als *mutuelle de santé*.

⁴⁷ Senegal gilt als „Ursprungsland“ der afrikanischen *mutuelles de santé* – in der Region Thiès entstanden Ende der 1980-er Jahre die ersten Versicherungsvereine, mit denen das Krankenhaus *St. Jean de Dieu* Verträge abschloss. Dementsprechend decken sie die

Versicherungen waren weitere 142 im Aufbau begriffen und 77 geplant, was den Wachstumstrend dieses Sicherungsmodells unterstreicht. Dennoch waren in diesen 11 Ländern schätzungsweise lediglich rund 900'000 Personen über diese knapp 400 Kassen versichert, die meisten davon in der Elfenbeinküste (368'100), Mali (205'352) und im Senegal (131'370) (Concertation 2004: 48).

Ausnahmen bilden Ruanda und Ghana, wo distriktbasierte Versicherungen weitgehend flächendeckend vorhanden sind. Dies hat unterschiedliche Gründe. In beiden Fällen hat der Staat die Mitgliedschaft verpflichtend gemacht, weshalb diese distriktbasierte Krankenkassen als hierarchiegesteuert gelten müssen. De facto aber bleibt vor allem in Ghana der Beitritt freiwillig, da das Gesetz staatlicherseits kaum durchgesetzt werden kann. Beide Länder haben von umfangreichen internationalen Unterstützungen profitiert, Ghana in den 1990-er Jahre, Ruanda nach dem Jahr 2000. Beispielsweise konnte Ruanda dank einer Finanzierung des Globalen Fonds für HIV/AIDS, TB und Malaria die Prämien ärmerer Bevölkerungsgruppierungen subventionieren. So stiegen die Versichertenraten in Ruanda von nur zirka 9% der Bevölkerung in 2000 auf 19% in 2003 und 85% in 2010 (Krech & Schmidt 2006: 413; Health Systems 20/20 2011). Haupteinnahmequelle sind aber die Prämienzahlungen (70%), daneben tragen Staat (13%), Arbeitgeber (8%) und internationale Hilfe (9%) bei (Weltgesundheitsorganisation 2011b: 3). Neueren Berichten zufolge ist diese Zahl aber bereits wieder gesunken, da die Finanzierung durch den Globalen Fond ausgelaufen ist. In Ghana liegt der Deckungsgrad zwar niedriger, erreicht aber mittlerweile immerhin 53% der im Vergleich zu Ruanda größeren Bevölkerung. Der Großteil ist über die 145 distriktbasierten Krankenkassen versichert, die z. T. auf 47 Selbsthilfe-Versicherungen aufbauen, welche in den 1990-er Jahren entstanden. Die distriktbasierten Kassen sind allerdings im Zuge der Reformbemühungen an einen nationalen Krankenversicherungsfond angeschlossen worden, der zentral Prämienhöhe und Leistungspaket vorgibt. Die Kassen erhalten im Gegenzug Subventionen für ihre Mitglieder und Rückversicherungsschutz, und behalten Autonomie in der operationellen Führung. Alimentiert wird der nationale Krankenversicherungsfond allerdings nur zu knapp 5% durch Versichertenbeiträge; 75% werden durch die Erhebung einer Versicherungsabgabe von 2,5% eingetrieben, die auf die Mehrwertsteuer aufgeschlagen wird. Die restlichen 20% werden über eine Steuer für Angestellte im formellen Sektor generiert, denen 2,5% von ihrem Rentenversicherungsbeitrag abgezogen werden. So können Kinder unter 18 Jahren, Personen über 70 Jahre und Mittellose eine Palette an grundlegenden Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Alle anderen zahlen umgerechnet 8

Kosten im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufenthalten bis zu einem bestimmten Grad ab (Jütting 2004: 111ff.).

⁴⁸ Dies lässt sich zumindest z. T. durch die starke Präsenz von Gebern erklären: z. B. die von der ehemaligen Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) in Diourbel/Senegal und Guinée Forestière/Guinea unterstützten Krankenversicherungsprogramme sowie die durch die französische Entwicklungsagentur aufgebaute *Union Technique de la Mutualité Malienne* in Mali (Criel et al. 2002).

USD pro Jahr (Odenthal 2011: 121; Weltgesundheitsorganisation 2011a: 3f.; Weltgesundheitsorganisation 2011b: 3). Die höheren Versichertenraten lassen sich zum Teil dadurch erklären, dass Ruanda ein geographisch kleines und politisch-administrativ relativ gut organisiertes Land ist. Für beide Länder gilt, dass die jeweiligen Regierungen bereits über längere Zeit eine entwicklungsorientierte Politik betreiben und die Integration der gemeindebasierten Kassen in ein nationales System vorangetrieben haben, um durch einen größeren Versichertenpool ärmere Bevölkerungsgruppierungen quer subventionieren und mehr Leistungen abdecken zu können. Zudem wächst ihre Wirtschaft erfolgreich.

Obschon gemeindebasierte Krankenkassenvereine strukturell klein angelegt sind, erreichen sie abgesehen von Ghana und Ruanda jedoch auch in ihren begrenzten Einzugsgebieten kaum 10% der Bevölkerung (de Allegri et al. 2006: 852; Ekman 2004: 253; Huber et al. 2003: 15). Der Großteil schöpft somit sein ohnehin eingeschränktes Versichertenpotenzial nicht aus. 2004 hatten 87,6% der 366 funktionierenden Kassen in West- und Zentralafrika weniger als 2000 Versicherte, die ihre Prämie tatsächlich bezahlt hatten (Concertation 2004: 12). Gemäß einer von der Internationalen Arbeitsorganisation in Auftrag gegebenen Studie hatte Anfang der 2000-er Jahre die Hälfte der in Afrika, Asien und Lateinamerika untersuchten Krankenkassen weniger als 500 Mitglieder (Baeza et al. 2002: 36). So konstatieren die Autoren des Inventars der Concertation auch, dass

„(...) c'est plus l'augmentation du nombre de SAM [structures d'assurance maladie] que les effectifs des SAM existants qui est à l'origine de la progression des effectifs de bénéficiaires constatée globalement“ (Concertation 2004: 45).

Damit bleibt die gesellschaftliche Reichweite gemeindebasierter Versicherungen in den allermeisten Ländern Afrikas südlich der Sahara gering. In Hinblick auf die Zukunft von Krankenkassen des Typs der *mutuelle de santé* betonen Huber et al. daher auch, dass

„Le système mutualiste n'est viable à long terme que si une large portion de la population peut en bénéficier“ (Huber et al. 2003, S. 62).

Jedoch werden mit einiger Wahrscheinlichkeit gemeindebasierte Krankenversicherungen auf absehbare Zeit eine der wenigen finanzierbaren, formellen Formen der Gesundheitssicherung für ländliche, afrikanische Bevölkerungen bleiben. Für Länder wie z. B. Mali, Niger oder die Demokratische Republik Kongo ist ihre zügige Integration in nationale Versicherungssysteme finanziell und technisch mittelfristig nicht machbar. In diesen sehr unterschiedlichen Ländern sind die politisch-administrativen Kapazitäten zu schwach ausgebildet, in der Demokratischen Republik Kongo kommen zudem aufgrund ihrer Größe organisatorisch-logistische Herausforderungen hinzu. Aus Finanzierungs- und

Nachhaltigkeitsgründen werden diese Länder und ihre internationalen Geber ebenso wenig die Beitragszahlungen ländlicher Bevölkerungen an gemeindebasierte Kassen in umfangreichem Maße subventionieren oder gar vollständig abdecken können, weshalb die Mitgliedschaft höchstwahrscheinlich überwiegend **freiwillig** bleiben wird – zumindest mittelfristig⁴⁹. Vor diesem Hintergrund ist eine systematische Ursachenanalyse niedriger Versichertenzahlen sowohl auf Seiten der Krankenkassen und der unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste als auch auf Seiten der potenziellen Nutzer nach wie vor von entwicklungspolitischer Bedeutung, um die Krankenkassensysteme evidenzbasiert anpassen und in der Folge mehr Nutzer erreichen zu können. Außerdem mag die Analyse dazu beitragen, Aufschluss darüber zu geben, weshalb andere Gesundheitstechnologien von Teilen der Bevölkerung nicht angenommen werden.

4.3. Ursachen niedriger Versichertenzahlen - Erkenntnisstand und Forschungslücken

Wie bei genauerer Betrachtung der bisher vorliegenden Befunde zu den Ursachen niedriger Versichertenzahlen auffällt, bezieht sich ein Großteil auf technische und finanzielle Aspekte der Krankenversicherungen und der von ihnen unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste. Dies ist durch die vorrangig gesundheitsökonomische Prägung der Debatte begründet. Allmählich sind jedoch auch die potenziellen Nutzer ins Blickfeld gerückt, wobei insbesondere ihre sozioökonomische Lagen und deren Einfluss auf das Beitrittsverhalten im Zentrum der Analyse stehen. Dagegen sind andere Aspekte der potenziellen Nutzer wie ihre Einstellungen und Werthaltungen oder Entscheidungsstrukturen auf Haushalts- und Familienebene bisher kaum untersucht worden. Zudem werden die einzelnen Einflussgrößen nicht systematisch zu Erklärungsmustern zusammengeführt, sondern stehen unverbunden nebeneinander.

Die folgende, von Criel vorgeschlagene Unterteilung eignet sich, um eine strukturierte Übersicht über die unterschiedlichen Einflussfaktoren zu bekommen. Er unterscheidet zwischen Faktoren, die

1. Den Krankenversicherungen selbst,
2. Den Anbietern von Gesundheitsdiensten, oder
3. Den potenziellen Versicherten zuzuordnen sind (Criel 2000: 36-41).

Die folgende Übersicht zeigt, welche bei vielen kleinen Krankenkassen auftretenden Probleme potenzielle Nutzer davon abhalten beizutreten. Diese Problemkreise werden ab Kapitel 4.3.1 genauer erläutert. In Bezug auf die Krankenversicherungen sind dies:

⁴⁹ Jedoch erheben einige, wenige Länder wie z.B. Ghana Mehrwertssteuern auf spezifische Produkte (z.B. Alkohol) oder Abgaben, um soziale Gesundheitssicherung und Gesundheitsversorgung zu finanzieren.

1. **Unzureichende technische und finanzielle Unterstützung** bei der Ausgestaltung und beim Aufbau einer Kasse, was z. B. zu wenig attraktiven Leistungspaketen und Beitragshöhen führt;
2. **Wenig Informationsarbeit und Mitbestimmung potenzieller Nutzer** bei der Ausgestaltung der Versicherung und ihrer Leistungen, obschon die Kassen mitgliederbasiert sind;
3. **Mängel in der Selbstverwaltung** z. B. bezüglich Finanzmanagement, Anspruchsprüfung und Mitgliederwerbung;
4. **Ungenügende oder unkoordinierte institutionelle Förderung** der Kasse durch den Staat, dadurch dass keine klaren gesetzlichen Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten geschaffen bzw. keine technische und finanzielle Unterstützung beim Aufbau gegeben wird.

In Bezug auf die von Kassen unter Vertrag genommenen Anbieter von Gesundheitsdiensten sind nachstehende Einflussfaktoren herausgearbeitet worden, die potenzielle Nutzer von der Krankenkassenmitgliedschaft abhalten:

1. **Geringe Qualität der Gesundheitsdienste** durch mangelnde Infrastruktur, Ausstattung, Qualifikation, Motivation und Patientenorientierung des Personals;
2. **Eingeschränkte geographische Zugänglichkeit zu den Gesundheitsdiensten** aufgrund der geographischen Distanz, Beschaffenheit der Transportwege bzw. verfügbarer Transportmittel.

Zudem beeinflusst das **Verhältnis zwischen Krankenkassen und unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienstleistern** die Qualität der angebotenen Leistungspakete und damit die Beitrittsentscheidung. Vor allem im ländlichen Afrika südlich der Sahara stehen ehrenamtliche Krankenkassenverantwortliche in einem Kompetenz- und Machtgefälle zu den Anbietern. Zum einen können sie oftmals die technisch-medizinische Qualität der Gesundheitsdienste nicht beurteilen. Zum anderen fällt es ihnen schwer, Kritik anzubringen geschweige denn den Anbieter zu wechseln, wenn die Versicherten nicht gut bzw. kosteneffektiv behandelt werden. In der Regel gibt es im ländlichen Raum keine Auswahl an Gesundheitsdiensten und damit keinen Wettbewerb. Zudem werden Krankenkassenmitglieder beim Besuch eines Gesundheitsdienstes oftmals benachteiligt, da sie zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme weniger oder gar nicht bar bezahlen. Dieser Umstand macht es für das Gesundheitspersonal schwieriger, zusätzliche informelle Zahlungen von den Patienten zu fordern.

Schließlich lassen sich Faktoren ausmachen, die bei den potenziellen Nutzern zu verorten sind:

1. **Geringes Vertrauen in die Krankenkassenführung** (z. B. aufgrund ihrer sozialen Herkunft und/oder ihrer technischen Kompetenz);

2. **Schlechte sozioökonomische Lage der potenziellen Nutzer**, die ihnen aufgrund der Kosten nicht erlaubt beizutreten;
3. **Spezifische soziokulturelle Charakteristika der potenziellen Versicherten** (z. B. ethnische und religiöse Zugehörigkeiten, Bevorzugung „traditioneller“ Medizin).

Die folgende Aussage von Huber et al. unterstreicht die Bedeutung des lokalen sozialen Kontexts für die Akzeptanz und gesellschaftliche Reichweite gemeindebasierter Krankenversicherungen, in den diese eingebettet sind:

„Mais ceci ne signifie nullement qu’une formule standard puisse être appliquée partout, en raison des environnements sociaux différents, de la qualité du prestataire existant et des systèmes de santé“ (Huber et al. 2003: 64).

Im Anschluss an diese Kurzübersicht zu den Einflussgrößen niedriger Versichertenzahlen zeigen die folgenden Ausführungen den bisherigen Erkenntnisstand im Detail.

4.3.1. Krankenversicherer

Ein erstes Bündel an Einflussfaktoren betrifft die Ausgestaltung und das Management der Krankenversicherungen.

4.3.1.1. Fehlende Unterstützung bei der Ausgestaltung gemeindebasierter Krankenkassen

Nicht selten fehlt es gemeindebasierten Krankenkassenvereinen an technischer und finanzieller Unterstützung, wenn es um eine lokal angepasste Ausgestaltung ihrer Struktur und ihres Leistungspakets geht. Dies gilt vor allem, wenn sie keine externe Hilfe vom Staat oder von Entwicklungsorganisationen erhalten. Gerade bei strukturell klein angelegten Krankenkassenvereinigungen ist eine ausgewogene Ausgestaltung von Leistungspaket und Versichertenbeiträgen aber unabdingbar, um einerseits für potenzielle Nutzer attraktiv, andererseits finanziell überlebensfähig zu sein. Dazu ist in aller Regel eine Machbarkeitsstudie notwendig, um zum einen zu klären, welchen Bedarf und Bedürfnisse die potenziellen Versicherten haben. In dieser Hinsicht muss u. a. zwischen der Deckung von Leistungen, die selten in Anspruch genommen werden, aber hohe Kosten verursachen (sogenannte *low probability / high risk events*), und solchen, die häufig auftreten, aber wenig Kosten nach sich ziehen (sogenannte *high probability / low risk events*), ausbalanciert werden. Bereits wenige, selten auftretende Fälle mit hohen Behandlungskosten können eine Kleinkasse ruinieren. Deshalb wird die Deckung solcher Leistungen zumeist stark eingeschränkt, obwohl der finanzielle Schutz der Versicherten in

diesen Fällen hoch ist⁵⁰. Einige Autoren aber weisen auf die höhere Sichtbarkeit von häufig in Anspruch genommenen, aber kostengünstigeren Behandlungen hin. Wenn solche Leistungen abgedeckt seien, steigere dies die Attraktivität der Kassen, weil der Nutzen tagtäglich vor Augen geführt würde. Zudem wird argumentiert, dass viele Patienten selbst Basisleistungen z. B. vor den Erntezeiten kaum bar zahlen können. Mit der Abdeckung solcher Leistungen ermutigt man die Versicherten zudem, frühzeitig zur Untersuchung zu kommen anstatt zu warten, bis die Beschwerden und somit auch die Kosten gravierender werden (Miller Franco et al. 2008: 833).

Zum anderen müssen die dementsprechend zur Deckung nötigen Versichertenzahlen, -Beiträge und Selbstbehalte berechnet und mit der Zahlungsfähigkeit und –Bereitschaft der potenziell Versicherten abgeglichen werden (Huber et al. 2003: 39f.). Schließlich muss geklärt werden, ob der Gesundheitsanbieter einen Pauschalbetrag pro behandelten Patienten erhält oder tatsächlich jede einzelne, in Anspruch genommene Leistung verrechnet wird.

Das Problem der unvorteilhaften Zusammensetzung bzw. Risikostreuung (*adverse selection*), wonach überproportional viel kranke und ältere Menschen versichert sind und übermäßig viele Leistungen in Anspruch nehmen, stellt sich weniger für Kassen, die z. B. die Behandlung von chronischen, kostenträchtigen Krankheiten wie HIV/AIDS ausschließen. Die gilt für die große Mehrzahl. Dennoch gibt es Anzeichen mangelnder Risikostreuung wie z. B. in Mali (Miller Franco 2008: 833), denn nicht alle Kleinversicherungen verpflichten zur Gruppenversicherung (d. h. Beitritt als Haushalt, Familie, Gruppe von Familien oder Berufsgruppe), obgleich eine gute Risikomischung durch den hohen Anteil Kinder, Jugendlicher und junger Menschen in afrikanischen Bevölkerungen leicht sichergestellt werden kann (Huber et al. 2003: 45). Schließlich ergreifen bei der Ausgestaltung viele Krankenkassenvereine keine Maßnahmen, um die durch Versicherte bzw. Leistungsanbieter verursachte, unnötige Inanspruchnahme von Leistungen (*moral hazard*) einzugrenzen. Dies sind beispielsweise ein angemessener Selbstbehalt, eine Leistungsobergrenze, bis zu der ein Versicherter Leistungen pro Jahr in Anspruch nehmen kann, ein festgelegter Leistungskatalog (Medikamente, etc.) oder Überweisungsrichtlinien, denen der Anbieter folgen muss (Huber et al. 2003:16, WHO 2000: 98f.). Um dem verbreiteten Trittbrettfahrer-Problem (*free rider problem*) beizukommen, haben viele Kassen eine Warteperiode von einigen Monaten eingebaut. Jedoch gibt es aus Kostengründen oft keine Versichertenkarten mit Foto, sodass getäuscht wird und z. T. unversicherte Personen von Leistungen profitieren.

Jehu-Appiah et al. zeigen für Ghana, dass Faktoren wie das Leistungspaket und zweckmäßige Versicherungsverwaltung hohe Bedeutung für die Beitrittsentscheidung haben (Jehu-Appiah et al. 2011). Auch die Art und der Zeitpunkt der Prämienzahlung haben Bedeutung. Je nach Nutzern ist eine Beitragszahlung in bar oder Naturalien sinnvoll, die entweder monatlich, halbjährlich

⁵⁰ Kostenträchtige Leistungen können schrittweise durch den Aufbau einer sozialen Rückversicherung (*social re*) abgedeckt werden, die größere Finanzrisiken von Kleinversicherungen abdeckt (Dror 2001: 672-678).

oder jährlich erfolgen kann. Basierend auf ihren Forschungsergebnissen aus dem ländlichen Burkina Faso plädiert Wladarsch, dass eine jährliche Beitragszahlung nach den Ernten dem herrschenden Planungshorizont und zeitlichen Rhythmus der potenziellen Nutzer entspricht (Wladarsch 2010: 341).

4.3.1.2. Mangelnde Informationsarbeit und Mitbestimmung potenzieller Versicherter

Die Akzeptanz **gemeindebasierter** Krankenkassen und damit die Beitrittsentscheidung hängt auch davon ab, ob potenzielle Nutzer ausreichend über die Funktionsprinzipien und Leistungen der Kasse informiert sind und von Anfang bei ihrer Ausgestaltung mitbestimmen dürfen (Jütting 2005: 114f.). Dies betrifft beispielsweise das Leistungspaket und die Versichertenbeiträge, die Ausarbeitung der Satzungen und Statuten sowie die Wahl des Exekutivbüros und Verwaltungsrats. Dies sollte bereits mit der Machbarkeitsstudie beginnen. Dies gilt einmal mehr für Versicherungen des Typs der *mutuelle de santé*, die mitgliederbasiert sind. Da der Aufbau meist durch externe Akteure angeregt wird, ist die Einbindung der potenziellen Mitglieder von Anfang an umso wichtiger, damit überhaupt ein lokales Verantwortungsbewusstsein (*ownership*) für die Versicherung entsteht. Insofern plädieren Huber et al. aus der Perspektive der Entwicklungszusammenarbeit, dass

„L’objectif principal des études de faisabilité, (...), est de trouver les acteurs principaux et d’informer et d’associer ces groupes importants au processus de prise de conscience et de promotion de mutuelles“ (Huber et al. 2003: 65).

Vielfach werden außerdem nicht ausreichend verständliche Informationen zu den Funktionsprinzipien einer Krankenkasse bereitgestellt, obwohl dies eine grundlegend neue, formelle Form der Gesundheitssicherung für viele potenzielle Nutzer darstellt. Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt PRIMA in Guinea-Conakry zeigen, dass eine Krankenkasse durchaus als komplementär zu bestehenden, informellen Sicherungsstrategien wahrgenommen wird, wenn genügend Zeit zur Erläuterung und Diskussion der Funktionsprinzipien verwendet wird (Criel et al. 2002: 138f.). Zudem ist Informationsarbeit eine kontinuierliche Aufgabe, die oft im Laufe der Zeit vor allem bei einem ehrenamtlichen Management vernachlässigt wird. Dies ist ein Grund für stagnierende Versichertenzahlen.

4.3.1.3. Schwache Selbstverwaltung der Krankenkassenvereine

Mängel im Verwaltungs- und Finanzmanagement der Kassen halten potenzielle Versicherte davon ab beizutreten, bzw. bewegen bereits Versicherte zur „Abwanderung“ (Jütting 2005: 110)⁵¹. Schwaches Management bewirkt sinkende

⁵¹ Albert O. Hirschman hat die Begriffe „Abwanderung“ und „Widerspruch“ als zwei Optionen eingeführt, mit denen Mitglieder von Gruppen bzw. Organisationen (z.B. Ehe, Partei, Staat, Unternehmen) oder Konsumenten (Produktwahl) auf negative Veränderungen unterschiedlicher Art reagieren können (Hirschman 1974).

Versichertenzahlen und gefährdet so das Überleben der Kasse. Der letzte vollständige Inventar der *Concertation* wies aus, dass beispielsweise nur 25% der funktionellen Versicherungen Buchhaltungsunterlagen und 20% ein Jahresbudget vorweisen konnten (Concertation 2004: 34). Dies lässt sich zum einen damit begründen, dass die Mehrzahl der kleinen Kassen ehrenamtlich geführt wird, um keine proportional hohen Administrationskosten zu verursachen. Fast 64% der 366 operationellen Versicherungen, die von der *Concertation* untersucht wurden, hatten zu diesem Zeitpunkt keine bezahlten Angestellten (Concertation 2004: 60). Dies bringt zum anderen mit sich, dass die Verantwortlichen keine oder nur sehr begrenzte Versicherungsexpertise haben. Oft fehlt es ihnen auch an professioneller Begleitung und Weiterbildungsmöglichkeiten, auch wenn dies nicht automatisch mit der Umsetzung des neu gewonnenen Wissens in die Praxis gleichzusetzen ist. Denn andererseits können sich die Verantwortlichen nicht Vollzeit um die Belange der Kasse kümmern, sondern müssen ihren Lebensunterhalt sichern (Huber et al. 2003: 36ff., 50). Zudem ergibt sich in ländlichen Gebieten Afrika südlich der Sahara das Problem, dass der Kreis an Personen, der für solche Funktionen in Frage kommt, sehr beschränkt ist. Immer noch ist Analphabetismus unter Erwachsenen in vielen Ländern wie z. B. Mali stark verbreitet. Und jene, die lesen und schreiben können, haben angesichts unterschiedlicher lokaler Entwicklungsinitiativen eine Vielzahl an ehrenamtlichen Leitungsaufgaben (Huber et al. 2003: 52, 68).

Angesichts eines ehrenamtlichen Managements mit begrenzter Versicherungsexpertise fehlt es in vielen lokalen Krankenkassen an rigider Kosten- und Einnahmekontrolle, Anspruchsprüfungen sowie Aktualisierungen von Ein- und Austritten⁵². Dies drückt sich im weit verbreiteten Problem nicht geleisteter Versichertenbeiträge aus. Es gibt oft einen relativ hohen Anteil an Personen, die zwar als Versicherte registriert sind, aber keinen Leistungsanspruch (mehr) haben, weil sie mit ihrer Prämienzahlung im Rückstand sind (Huber et al. 2003: 16)⁵³. Eine weitere Begleiterscheinung ehrenamtlichen Managements ist ein Defizit an regelmäßigen Informationsveranstaltungen und stetiger Mitgliederwerbung. Ebenso wenig wird die Zufriedenheit der Versicherten mit den Leistungen der Krankenversicherung und Gesundheitsdienste abgefragt, um gegebenenfalls Mängel beheben zu können (Huber et al. 2003: 67).

4.3.1.4. Fehlende institutionelle Rahmenbedingungen gemeindebasierter Krankenkassen

Zumindest indirekten Einfluss auf das Beitrittsverhalten haben oftmals wenig förderliche, institutionelle Rahmenbedingungen. Ohne grundlegende Regelungen

⁵² Größere Versicherungen wie die *Mutuelle de Santé Interprofessionnelle de Ségou* in Mali mit hauptamtlich Beschäftigten hat gar einen Arzt, der überprüft, ob die verordneten Leistungen entsprechend der gestellten Diagnose notwendig sind. Dies stellt aber die Ausnahme dar.

⁵³ Die Anzahl an praxisbezogenen Handbüchern und Instrumenten zum Aufbau, Management und Monitoring von Kleinkassen unterstreicht, wie relevant eine solide Selbstverwaltung für den Erfolg dieses Sicherungsmodells ist (u.a. Hohmann et al. 2001; ILO 2001; ILO 2000).

wird den Initiatoren freie Hand beim Aufbau von Lokalversicherungen gelassen, ohne dass sie bestimmte Richtlinien und Standards einhalten müssten, was sich wiederum auf die Überlebensfähigkeit der Kassen auswirken kann. In Hinblick auf seine *stewardship*-Funktion muss der Staat diese schaffen, z. B. in Form eines Gesetzes, welches den rechtlichen Status sowie die organisatorische Ausgestaltung von Kassen des Typs der *mutuelle de santé* regelt (Weltgesundheitsorganisation 2000). Allerdings verweist Carrin darauf, dass Krankenkassen und Dienstleistungsanbietern ein gewisser Gestaltungsraum gegeben werden sollte, um ein an die lokalen Bedürfnisse angepasstes Leistungspaket schnüren zu können. Im Zuge der Einführung von Nutzergebühren entsteht vielerorts der Eindruck, Regierungen sähen lokale Versicherungen vornehmlich als Instrument der Ressourcenmobilisierung zur Finanzierung von Gesundheitsdiensten und nicht als sozialen Sicherungsmechanismus für Patienten. Dies drückt sich auch darin aus, dass mit wenigen Ausnahmen wie bis anhin Ruanda, Ghana oder Kambodscha der Staat keine Subventionen für die ärmsten Bevölkerungen bereitstellt, damit diese lokalen Versicherungsinitiativen beitreten können. Schließlich ist dem Staat auch wenig daran gelegen, Krankenkassenvereinigungen als kollektive Interessenorganisationen zu fördern, die durch Ermächtigung (*empowerment*) Verhandlungsmacht nicht nur gegenüber Dienstleistungsanbietern, sondern auch dem Staat selbst aufbauen (Criel et al. 1996: 281f.).

4.3.2. Anbieter von Gesundheitsdiensten

Neben den genannten Faktoren, die die Kassen selbst betreffen, beeinflussen die Ausgestaltung und Qualität der unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste die Entscheidung zum Beitritt bzw. führt zur Abwanderung von (potenziellen) Nutzern. Da dies in der Regel formelle Gesundheitsdienste sind, die auf Kriterien der westlichen Schulmedizin basieren, müssen potenzielle Versicherte diese Art der Gesundheitsversorgung zunächst einmal offen gegenüber sein.

4.3.2.1. Mangelnde Qualität von Gesundheitsdiensten

Auch ländliche Bevölkerungen in Afrika südlich der Sahara haben bestimmte Vorstellungen von Qualität bei Gesundheitsdiensten. So nannten Teilnehmende von Fokusgruppen-Diskussionen im Rahmen der PRIMA-Forschung in Guinea-Conakry schnelle Genesung, wirksame Medikamente und insbesondere Injektionen, gutes Gesundheitspersonal sowie freundlicher Empfang durch das Personal als zentrale Qualitätskriterien (Criel et al. 2002: 156f.). Der Patientenorientierung (d. h. Respekt, Freundlichkeit, verständliche Erklärung von Diagnose und Behandlung) des Personals messen die Nutzer oft mehr Gewicht zu als ihren medizinischen Kompetenzen, da sie Erstere beurteilen können (Huber et al. 2003: 45, 49)⁵⁴.

⁵⁴ Die Beurteilungen der Patienten stehen mitunter in Widerspruch zu medizinischen Rationalitätskriterien, wonach möglichst wenige Medikamente und wenn möglich Generika verabreicht werden sollen, und Injektionen a priori nicht wirksamer sind als Medikamente.

Unterschiedliche Analysen weisen aus, wie entscheidend die wahrgenommene Qualität der Gesundheitsdienste für den Beitritt bzw. Verbleib in einer lokalen Krankenkasse ist. So äußerten im Rahmen der PRIMA-Studie befragte Versicherte, dass sie sich schlechter behandelt fühlten, da sie im Gesundheitszentrum nicht den „vollen“ Preis zahlten (Criel et al. 2002: 154f.). Wie die Autoren dieser Studie ergänzen, fühlte sich das Gesundheitspersonal zunächst durch die Krankenkasse „bedroht“, da es einen Einflussverlust befürchtete. Es wurde schwieriger für sie, von den Krankenkassenmitgliedern zusätzlich zu den offiziellen Behandlungstarifen weiterhin informelle Zahlungen zu verlangen. Dies führte dazu, dass sie Versicherten gegenüber misstrauisch und unfreundlich auftraten.

Angesichts der Tatsache, dass Krankenkassen in ländlichen Gebieten Afrikas südlich der Sahara aufgrund fehlender Auswahl an Leistungsanbietern nur sehr begrenzt Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsdienste nehmen können, versuchen unterschiedliche Initiativen, die Förderung von Krankenkassenschutz mit der Qualitätsverbesserung in Gesundheitsdiensten zu verbinden (vgl. z. B. Niangado et al. 2006; ACCESS Project 2008). Dazu gehören neben den klassischen Interventionen in den Bereichen Infrastruktur, Ausstattung, Personal und Medikamenten auch Maßnahmen zur Stärkung und Motivation des lokalen Managements von Gesundheitszentren oder zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Patient (vgl. Labhardt et al. 2008; Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung 2008).

4.3.2.2. Erschwerter geographischer Zugang zu Gesundheitsdiensten

Neben der Qualität von Gesundheitsdiensten weisen einige Studien aus, dass die geographische Zugänglichkeit zu den von der Krankenkasse unter Vertrag genommenen Gesundheitsdiensten ebenso Einfluss darauf hat, ob ein Beitritt als sinnvoll erachtet wird (Schneider & Diop 2004; Miller Franco 2008: 834). Dabei geht es nicht nur um die Entfernung vom Wohnort bis zum Gesundheitszentrum, sondern auch um die Fahrtdauer und Transportmöglichkeiten. In ländlichen Gebieten Afrikas südlich der Sahara sind viele Straßen zumindest in der Regenzeit kaum befahrbar, außerdem beschränken sich die Transportmittel neben dem Fußmarsch meist auf Fahrräder, Mopeds und Eselskarren. Autos besitzen nur wenige, und diese sind schwer organisierbar. So legen die Ergebnisse des PRIMA-Projekts offen, dass diejenigen Versicherten, die in einem Radius von 5 Kilometer um das Gesundheitszentrum herum wohnten, doppelt so häufig Dienstleistungen in Anspruch nahmen als jene, die zwischen 10 bis 15 Kilometer entfernt lebten (Huber et al. 2003: 44). In Bangladesch traten 90% der in der Nähe des Anbieters lebenden Bevölkerung der Krankenversicherung bei, gegenüber 35% derjenigen, die in entfernteren Dörfern wohnten (Desmet et al. 1990).

Überdies herrscht auch in ländlichen Gebieten eine hohe Mobilität, z. B. durch Wanderarbeit. Für solche Individuen und Haushalte ist es womöglich weniger attraktiv sich zu versichern, wenn die Krankenkasse nur das örtliche

Gesundheitszentrum unter Vertrag genommen hat. Unterschiedliche Lösungen werden diskutiert, um den Beitritt für entfernter lebende Bevölkerungen interessant zu machen: niedrigere Prämiensätze und/oder spezifische Leistungspakete für Versicherte, die weitere Distanzen zurücklegen müssen (z. B. nur selten benötigte, aber kostenintensive Leistungen), mobile Gesundheitsdienste oder der Ausbau des Netzes an Gesundheitszentren etc. (Huber et al. 2003: 44).

4.3.3. Spannungsverhältnis zwischen Krankenversicherer und Leistungsanbieter

Einfluss auf die Beitrittsentscheidung haben nicht nur die Ausgestaltung und Qualität der Krankenkassen und der unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste, sondern auch ihr Verhältnis untereinander (Criel et al. 2002: 207)⁵⁵. In ländlichen Gegenden Afrikas südlich der Sahara haben viele Krankenkassen lediglich einen oder sehr wenige Anbieter unter Vertrag. Das liegt vor allem daran, dass es oft nicht mehr Anbieter und somit keine Auswahl bzw. kaum eine Möglichkeit zum so genannten *strategic purchasing* gibt. Der von der Weltgesundheitsorganisation eingeführte Terminus besagt, dass Finanzierungsinstitutionen wie Krankenversicherungen den Anbieter wechseln oder damit drohen können, wenn die Qualität nicht zufriedenstellend ist und/oder die Kosten der Gesundheitsversorgung zu hoch liegen (WHO 2000: 117-141; Baeza et al. 2002: 39). Den Kassen mangelt es allerdings nicht nur aus diesem Grund an Verhandlungsmacht gegenüber den Gesundheitsdienstleistern. Ehrenamtliche Krankenkassenverantwortliche stehen auch in einer Kompetenz-Asymmetrie zum Gesundheitspersonal. Als Laien können sie weder die medizinische Kompetenz des Personals noch die Notwendigkeit bestimmter Gesundheitsleistungen und -kosten beurteilen. In einer solchen Situation ist es zudem schwierig, beim Anbieter günstige Behandlungstarife für Versicherte auszuhandeln, vor allem wenn die Versichertenanzahl begrenzt ist. Dass Krankenkassen kaum Einfluss auf die Qualität und Effizienz der Gesundheitsdienste nehmen, bestätigen die Ergebnisse einer systematischen Untersuchung bestehender Evidenz zur Wirkung gemeindebasierter Krankenkassen (Ekman 2004: 252). Nicht selten führt daher die Machtlosigkeit der Krankenkassenvereine zur Abwanderung von Versicherten und kaum zu Widerspruch, auch wenn einige Kassen Beschwerdebücher führen und die Klagen mit den Gesundheitsanbietern diskutieren (Criel & Waelkens 2002).

Das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Anbieter von Gesundheitsdiensten kann allerdings durch institutionelle Regelwerke ein Stück weit strukturiert werden, z. B. durch Gesetze seitens des Staates und durch Verträge zwischen Versicherung und Anbieter. Je präziser festgelegt wird, welche Gegenleistung für welche Leistung von der jeweiligen anderen Partei zu welchem

⁵⁵ Allerdings gibt es auch Fälle, bei denen ein Gesundheitsdienstleister (z. B. Krankenhaus) eine Versicherung initiiert, um seine Kostendeckung und den finanziellen Zugang seiner Kunden zu verbessern. Dann ist die Trennung zwischen Versicherung und Anbieter bzw. kollektiver Kunde und Dienstleister nicht gegeben.

Zeitpunkt und in welcher Qualität erbracht werden muss, desto weniger Interpretationsspielraum gibt es⁵⁶.

4.3.4. Potenzielle Versicherte

Niedrige Versichertenzahlen resultieren aber nicht nur aus Faktoren, die der „Angebotsseite“ der Krankenkasse und der von ihr unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste zugeschrieben werden können. Charakteristika der potenziellen Nutzer wie z. B. ihre sozioökonomische Lage, aber auch soziokulturellen Orientierungen, Werthaltungen und Einstellungen prägen ihre Entscheidung, einer Krankenkasse beizutreten oder nicht. Während die Bedeutung der sozioökonomischen Lebensbedingungen in einigen Studien beleuchtet worden ist, bleibt die Evidenz zu soziokulturellen Einflussfaktoren größtenteils anekdotisch und wenig strukturiert bzw. aussagekräftig.

4.3.4.1. Vertrauen in die Krankenkassenführung und lokalpolitischer Kontext

Eine gewichtige Voraussetzung für den Beitritt ist das Vertrauen potenzieller Versicherter in die Krankenkassenführung. Dies hängt nicht nur von ihrer technischen Kompetenz und ihrem Engagement für die Krankenkasse ab, sondern ob sie sich als Führungsperson ausweisen können und akzeptiert sind, und ob sie bisher mit kollektiven Ressourcen verantwortungsvoll umgegangen sind (Waelkens und Criel 2004: 62f.). In einem Kontext genereller Knappheit haben viele der potenziellen Nutzer im Rahmen von Entwicklungsinitiativen Erfahrungen mit Veruntreuung von Geldern gemacht.

Vertrauen in die Krankenkassenführung leitet sich jedoch neben Kompetenz und Integrität daher auch aus dem sozialen Status der Verantwortlichen ab. Je nach Kontext haben die lokale Herkunft, soziale und ethnische Zugehörigkeiten, das Geschlecht oder sozioprofessionelle bzw. politische Zugehörigkeiten der Kassenverantwortlichen Einfluss darauf, inwiefern potenzielle Nutzer beitreten oder fernbleiben. Diese Aspekte konnte Schneider in einer explorativen Studie als relevant herausstellen (Schneider 2005: 1434). Zudem bemühen sich viele Krankenkasseninitiativen, die Zustimmung einflussreicher Personen und Meinungsführer wie Imane, Marabouts oder Dorfchefs zu erhalten und diese von Anfang an in die Ausgestaltung der Kasse einzubinden (Huber et al. 2003: 64).

Eine neue Organisation wie ein Krankenkassenverein stellt eine neue Ressource dar, die im lokalpolitischen Kontext zur Anhäufung von sozialem Prestige, Macht oder eben ökonomischen Mitteln eingesetzt werden kann (Huber et al. 2003: 39). Das kann zu Ausschaltungskämpfen in der und um die Krankenkassenorganisation führen, die zumindest einen Teil der potenziellen Nutzer vom Beitritt abhalten bzw. ihre Abwanderung einleiten kann.

⁵⁶ Die Weltgesundheitsorganisation verfügt über eine eigene Abteilung, die sich im Rahmen der Gesundheitsfinanzierung mit Kontraktualisierung zwischen Gesundheitsfinanzierern (Krankenkassen) und Dienstleistungsanbietern in Entwicklungsländern befasst.

4.3.4.2. Sozioökonomische Lage und Armut

Ein vielfach genannter Grund für die niedrigen Versichertenzahlen ist die weit verbreitete Armut unter den potenziellen Nutzern, vor allem im ländlichen Afrika südlich der Sahara. Es wird beispielsweise herausgestellt, dass lokale Versicherungen in aller Regel einen einheitlichen Beitragssatz veranschlagen (*flat rate*), d. h. sie sehen keine Abstufungen nach sozioökonomischer Lage, Haushaltsgröße, Geschlecht oder Alter vor⁵⁷ (Huber et al. 2003: 45). Dies hindert insbesondere die ärmsten Gruppierungen am Beitritt (Huber et al. 2003: 9). Unterschiedliche Initiativen verknüpfen daher die Förderung von Krankenkassenschutz mit der Stärkung von Einkommen⁵⁸. Allerdings sind die bisher dazu vorliegenden Evidenzen nicht eindeutig. Während Studien zu Burkina Faso und zum Senegal zu dem Ergebnis kommen, dass versicherte Haushalte z. B. in Bezug auf Bildung und Haushaltsausgaben sozioökonomisch signifikant besser gestellt sind (de Allegri et al. 2006: 856; Jütting 2005: 111f.), zeigen sich für Mali und Ruanda abgesehen vom bestgestellten Quintil bzw. Quartil keine signifikanten Unterschiede zwischen sozioökonomisch abgestuften Bevölkerungsgruppen (Schneider & Diop 2004; Schneider 2005: 1430; Miller Franco et al. 2008: 833, 836).

4.3.4.3. Soziokulturelle Faktoren

Schließlich sind einige Einflussgrößen niedriger Versichertenzahlen untersucht worden, die in ein relativ unsystematisches Feld „soziokultureller Faktoren“ fallen. Dazu gehören ethnische und religiöse Zugehörigkeiten oder auch die Präferenz „moderner“ bzw. „traditioneller“ Gesundheitsdienstleister. Dabei sind Evidenzen oft nur anekdotisch vorhanden. In wenigen Fällen basieren sie auf jenen quantitativen Vergleichsanalysen, die auch die sozioökonomische Lage untersucht haben (de Allegri et al. 2006; Jütting 2005; Miller Franco et al. 2008).

Wie de Allegri et al., Miller Franco et al. bzw. Jütting für den westafrikanischen Sahel empirisch herausgearbeitet haben, sind bestimmte ethnisch gefasste Gruppen signifikant häufiger versichert als andere. Während in Burkina Faso verhältnismäßig mehr Bwaba versichert sind, sind es in Mali mehr Bamana und im

⁵⁷ Zumeist wird von progressiven Beitragszahlungen Abstand genommen, weil

- der Administrationsaufwand für die Kassen höher wird;
- dies in vielen Gemeinschaften sozial nicht durchsetzbar wäre;
- die sozioökonomisch schlechter Gestellten nicht ohne weiteres ermittelt werden können.

In Ruanda allerdings sind ärmere Personen und Haushalte in jedem Distrikt lokal identifiziert worden, deren Prämie dann vollständig oder teilweise vom Staat subventioniert werden.

⁵⁸ Während die bekannte Grameen Bank in Bangladesch und die indische Frauenorganisation SEWA mit der Vergabe von Mikrokrediten sowie der Unterstützung beim Aufbau von produktiven Einkommensquellen begann und später den Versicherungsschutz anbot, sind andere Initiativen umgekehrt oder parallel vorgegangen, um über höhere Einkommen den potenziellen Nutzern den Krankenkassenbeitritt zu ermöglichen (vgl. Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung 2008; ACCESS Project 2008). Carrin spezifiziert, dass sich solche integrierten Entwicklungsprojekte, die gleichzeitig die ökonomische Situation der Bevölkerung und vor allem die der Frauen verbessern, einen Vertrauensvorsprung verschaffen (Carrin 2002: 12).

Senegal mehr Wolof (de Allegri 2006: 856; Jütting 2005: 108; Miller Franco et al 2008: 833). Jütting verweist auf eine größere Offenheit unter den Wolof gegenüber Innovationen. Wie seine Studie zudem zeigt, sind Angehörige christlicher Religionen proportional häufiger versichert als Muslime, was er plausibel damit erklärt, dass die untersuchten Krankenkassen maßgeblich von ihrem Hauptanbieter, dem Krankenhaus der Diözese Thiès, unterstützt wurden und die Muslime dachten, diese Krankenkassen seien ausschließlich für Christen (Jütting 2005: 105; 108). In den anderen Studien aber werden gar keine Erklärungsmuster zum Zusammenhang von Mitgliedschaft und Religion bzw. ethnischer Zugehörigkeit entwickelt.

Überdies haben verschiedene Werthaltungen und Einstellungen, die mitunter mit ethnischer und sozialer Zugehörigkeit verknüpft sind, auch Einfluss auf das Beitrittsverhalten. So legt Jütting für den Senegal offen, dass in der untersuchten Region Thiès Versicherte proportional häufiger Mitglied anderer Organisationen sind (Jütting 2005: 108). De Allegri et al. sowie Miller Franco et al. machen für Burkina Faso bzw. Mali eine Korrelation zwischen Mitgliedschaft und der Bevorzugung „moderner“ gegenüber „traditioneller“ Medizin aus (Miller Franco 2008: 833). Dies erscheint insofern plausibel, als Krankenkassen in der Regel nur biomedizinische Gesundheitsdienste unter Vertrag nehmen. Doch für beide Befunde wird kein Erklärungsmuster entwickelt. Im Rahmen desselben Forschungsprojekts in Burkina Faso hat eine sozialwissenschaftliche Arbeit untersucht, welche Bedeutung potenzielle Nutzer gemeindebasierter Krankenkassen der kurz-, mittel- und langfristigen Zukunft beimessen und welche Rückschlüsse sich daraus in Bezug auf die Akzeptanz und Ausgestaltung einer Versicherung ziehen lassen. Da die kurzfristige Zukunft bis zum nächsten Jahr am höchsten bewertet wird (z. B. Sicherung der Ernte, wozu gesunde Arbeitskräfte nötig sind), macht es laut Wladarsch u. a. Sinn, die Beitragszahlung auf ein Jahr auszulegen. Sie plädiert ebenso dafür, die Versicherung für den gesamten Haushalt zu propagieren, weil die Zukunft der nachfolgenden Generationen im Sinne ihrer Gesundheit und Bildung einen hohen Stellenwert genießt (Wladarsch 2010: 340).

Schließlich ist es für viele lokale Krankenversicherungen eine Herausforderung, dass zumindest ein Teil der potenziellen Nutzer ihrer Steuerungslogik nicht vertraut. Der Modus der anonymen bzw. generalisierten Reziprozität mit Elementen von Hierarchie, mit dem gemeindebasierte Kassen gesteuert werden, widerspricht ihren Normen. In vielen Gesellschaften Afrikas südlich der Sahara gilt auch aufgrund der weit verbreiteten Rechtsunsicherheit, vor allem mit solchen Individuen und Gruppen in reziproke Beziehungen zu treten und sich gegenseitig zu helfen, die man mehr oder minder persönlich kennt und über die man ohne große Mühe Informationen einholen kann. Dies ist bei den personalisierten, reziproken Sicherungsformen im Rahmen von Familie, Verwandtschaft, Nachbar- und Dorfgemeinschaft und kleinen Vereinigungen gegeben. Um zumindest eine sukzessive Ausweitung ihrer Reichweite zu erreichen, bauen einige Krankenkasseninitiativen auf bestehenden Organisationen auf, die bereits andere Leistungen für ihre Mitglieder erbringen und sich bewährt haben (z.

B. Kooperativen, Mikrokredit-Vereinigungen, muslimische Bruderschaften und Kirchen) (Huber et al. 2003: 56).

4.4. Wesentliche Forschungslücken in der Analyse niedriger Versichertenzahlen

Vor dem Hintergrund der bisherigen Befunde zeigen sich wesentliche Forschungslücken in der Ursachenanalyse niedrigerer Versichertenzahlen. Während die technischen, organisatorischen und Qualitätsaspekte gemeindebasierter Krankenkassen und der unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienstleister ausgiebig beleuchtet worden sind, gilt dies in weitaus geringerem Maße für die Charakterisierung der potenziellen Nutzer, die man eigentlich erreichen möchte. Die bisher beschränkte Anzahl Studien, die versicherte und unversicherte Haushalte vergleichen, fokussieren zudem stark auf die Bedeutung der sozioökonomischen Lage, wobei die Evidenzen nicht eindeutig sind. Eine wesentliche Forschungslücke besteht aber in einer ebenso systematischen wie quantifizierbaren Analyse von Einstellungen, Werthaltungen und Orientierungen, durch die sich die potenziellen Nutzer auszeichnen und die einen Einfluss auf das Beitrittsverhalten haben. Dazu gehören u. a. der Stellenwert von Gesundheit, Offenheit bzw. Misstrauen gegenüber sozialen Neuerungen oder Präferenz von biomedizinischen bzw. „traditionellen“ Gesundheitsanbietern. Zudem fehlt es weitestgehend an zugrundeliegenden Hypothesen, die die Auswahl der zu beleuchtenden soziokulturellen Einflussfaktoren leitet. Ebenso wenig wurden bisher Haushalts- und Familienstrukturen sowie die damit zusammenhängenden Muster der Entscheidungsfindung näher analysiert. Wenig ist z. B. darüber bekannt, wer wann im Falle von Gesundheitsproblemen über Sicherungsstrategien entscheidet. Schließlich fällt auf, dass in den bisher vorliegenden Analysen die signifikanten Einflussgrößen nicht systematisch zusammengeführt und zu Erklärungsmustern verknüpft werden. Die identifizierten Einflussfaktoren stehen isoliert nebeneinander, ohne dass sie aufeinander Bezug nehmen würden.

4.5. Forschungsziele und Fragestellungen

Angeichts der Tatsache, dass die bisherige Ursachenanalyse zur geringen gesellschaftlichen Reichweite gemeindebasierter Krankenkassen zu kurz greift, soll diese Arbeit im Wesentlichen zur Schließung einer „doppelten Forschungslücke“ beitragen.

Zum einen schließt sie zwar an die bestehenden Vergleichsstudien zu versicherten und unversicherten Haushalten an (Schneider & Diop 2004, Jütting 2005 und de Allegri et al. 2006), erweitert aber die Analyseperspektive über sozioökonomische Lagen hinaus um soziokulturelle Orientierungen und intrafamiliäre Strukturen dieser Haushalte einschließlich ihrer Muster der Entscheidungsfindung⁵⁹. Leitende These ist in diesem Zusammenhang, dass

⁵⁹ Folglich stehen die technische Ausgestaltung und gesundheitsökonomische Wirkung gemeindebasierter Krankenkassen sowie seine Aneignung durch die Betroffenen nicht im

sozioökonomische Differenzierungen in ihrer Bedeutung für den Beitritt bzw. das Fernbleiben überschätzt, dagegen Einstellungen und Werthaltungen wie z. B. die Offenheit bzw. das Misstrauen gegenüber sozialen Neuerungen unterschätzt werden. Außerdem ist es Ziel, über statistische Signifikanzen hinaus aussagekräftige Einflussgrößen systematisch zusammenzuführen und aufeinander zu beziehen, so dass sich letztlich verschiedene Muster der Lebensführung zeigen, die mit Krankenkassenmitgliedschaft bzw. ihrer Ablehnung einhergehen.

Insofern stellt die Arbeit einen sozialwissenschaftlichen Beitrag zur Ursachenanalyse niedriger Versichertenzahlen in ländlichen Gebieten Afrikas dar. Es geht letztendlich um die Frage der potenziellen gesellschaftlichen Reichweite eines solchen de facto **freiwilligen, formellen** Sicherungsmodells, das auf absehbare Zeit eines der wenigen, realisierbaren entwicklungs- und sozialpolitischen Instrumente der Gesundheitssicherung für ländliche Bevölkerungen in Afrika südlich der Sahara bleibt. Obschon die Analyse von Haushalten auf die Nutzung von lokalen Krankenkassensystemen bezogen wird, können die Ergebnisse auch für andere entwicklungspolitische Initiativen von Relevanz sein, die in ähnliche gesellschaftliche Kontexte eingebettet sind, aber ihre potenziellen Begünstigten oftmals nicht gut genug kennen. Neubert konstatiert in diesem Zusammenhang, dass

„(...) entgegen allen Zielsetzungen der Entwicklungspolitik es bislang schwer ist, einigermaßen treffsicher potenzielle und erwünschte Nutzer und Begünstigte von entwicklungspolitischen Maßnahmen zu beschreiben und in der Folge diese auch gezielt zu erreichen“ (Neubert 2005: 178f.).

Zum anderen bestehen bisher kaum umfassendere Analysemodelle, die neben sozioökonomischen Lagen systematisch auch andere soziale Differenzierungsmerkmale von Haushalten in afrikanischen Gesellschaften berücksichtigen (Neubert 2005: 178, 187f.). Daher besteht ein weiteres Forschungsziel dieser Arbeit darin, einen Bezugsrahmen zu entwickeln, der analytisch sozioökonomische Charakteristika von Haushalten mit ihren soziokulturellen Orientierungen sowie Haushalts- und Familienstrukturen verknüpft. Dies sollte ermöglichen, unterschiedliche Haushaltstypen bzw. -Konstellationen herauszuarbeiten. Zudem muss dieser auch im Rahmen größerer Haushaltsuntersuchungen und im Kontext des ländlichen Malis anwendbar sein. Dementsprechend gehörte die Entwicklung eines angemessenen Methodenansatzes zur Operationalisierung des Bezugsrahmens ebenso zur Forschungsarbeit. Zwar fokussiert der Bezugsrahmen auf solche Elemente, die einen potenziellen Einfluss auf Krankenkassenmitgliedschaft haben und ist auf Haushalte im **ländlichen Mali** ausgerichtet. Dennoch kann ein solches

Fokus dieser Forschung. Dennoch kann diese Arbeit möglicherweise zusätzliche Anhaltspunkte geben, wie eine lokale Krankenversicherung ausgestaltet sein sollte, damit sie für potenzielle Nutznießende attraktiv ist.

Analysemodell einen Beitrag zu einer bisher fragmentierten Gesellschaftsanalyse Afrikas südlich der Sahara leisten, die gemäß Neubert eines der drei wesentlichen Forschungsfelder der Entwicklungssoziologie ist (Neubert 2001a: 48)⁶⁰.

Die vorliegende Forschung schließt ausschließlich die Untersuchung von Haushalten in zwei **ländlichen** Gegenden **Malis** ein. Dies ist insofern sinnvoll, als gemeindebasierte Krankenkassen des Typs der *mutuelle de santé* vor allem im französischsprachigen West- und Zentralafrika und für ländliche Bevölkerungen propagiert werden. In Bezug auf die Gesellschaftsanalyse Afrikas ermöglicht dieser Vergleich zwischen zwei ländlichen Gegenden gleichzeitig die Widerlegung einer nicht nur in entwicklungspolitischen Kreisen noch immer weit verbreiteten These: Aufgrund ihrer vielfach prekären Lebensbedingungen werden ländliche, afrikanische Bevölkerungen - abgesehen von ethnischen Differenzierungen - als sozioökonomisch und -kulturell weitgehend homogen wahrgenommen. Differenzierungen werden meist auf Stadt-Land-Unterschiede reduziert. Vor dem Hintergrund fortschreitender Globalisierung und Mobilität, die neue Lebenskonzepte, Technologien und Konsumgüter auch für ländliche Bevölkerungen erfahrbar machen, ist eine solche Dichotomisierung fragwürdig. Durch Globalisierung und Migration steigt auch in ländlichen Gebieten das Differenzierungspotential, auch wenn z. B. für die Nutzung von Konsummöglichkeiten Ressourcen benötigt werden.

Entsprechend dieser beiden wesentlichen Forschungsziele wurden folgende, leitende Forschungsfragestellungen formuliert:

1. Welche sozioökonomischen Charakteristika, soziokulturellen Orientierungen bzw. interne Strukturen und Muster der Entscheidungsfindung von versicherten und unversicherten Haushalte begünstigen bzw. behindern Krankenkassenmitgliedschaft?
2. Wie spielen die verschiedenen, aussagekräftigen Faktoren zusammen?
3. Inwiefern spiegeln die jeweiligen Faktorenbündel unterschiedliche Lebensführungsmuster wider?
4. Zeigen sich zwischen den beiden ländlichen Untersuchungsgebieten unterschiedliche Lebensführungsmuster und Erklärungsansätze für die Krankenkassenmitgliedschaft?

⁶⁰ Weitere Untersuchungsfelder sind die Analyse von Entwicklungs- und Wandlungsprozessen innerhalb der Moderne (sowohl in Gesellschaften von OECD- als auch anderen Ländern) sowie von entwicklungspolitischen Maßnahmen als widersprüchliche Eingriffe in komplexe, soziale Handlungsfelder (Neubert 2001a: 48). Ferner verweist Neubert darauf, dass die Analyse sozialer Differenzierungsmuster innerhalb von und zwischen Gesellschaften *eine der* soziologischen Kernfragen sei, die nicht nur die Soziologie von Gesellschaften in OECD-Ländern angehe, sondern auch genuiner Bestandteil der entwicklungssoziologischen Forschung sein sollte. Dementsprechend wäre es sinnvoll, bewährte Konzepte aus der Sozialstrukturanalyse von Gesellschaften in OECD-Ländern in Untersuchungen zu Gesellschaften in Entwicklungsländern zu testen, um ihre analytische Brauchbarkeit unter Beweis zu stellen. Dies sei umso mehr von Bedeutung, als die Soziologie in Bezug auf das Konzept der Weltgesellschaft verstärkt zu vergleichenden Gesellschaftsanalysen über die OECD-Länder hinaus und so letztlich zu einer allgemeingültigen Theorie der Gesellschaft kommen wolle (Neubert 2005: 139).

Bevor diese Fragen mit Hilfe der empirischen Befunde beantwortet werden können, muss ein Analyserahmen entwickelt werden, der es erlaubt, sowohl sozioökonomische Charakteristika und soziokulturelle Orientierungen als auch interne Strukturen und Muster der Entscheidungsfindung von Haushalten im ländlichen Mali systematisch einzufangen. Dazu war es zunächst notwendig, eine Übersicht über vorhandene Analysezugänge zur Untersuchung sozialer Differenzierungen in unterschiedlichen Gesellschaften zu gewinnen und diese auf ihre Brauchbarkeit für den eigenen Bezugsrahmen zu prüfen.

5. Zugänge zur Analyse sozialer Differenzierung

Der entwickelte Analyserahmen fokussiert entsprechend der Forschungsfragestellung auf die „soziale Differenzierung als die Unterscheidung verschiedener Arten des Zusammenlebens von Menschen (...)“ (Hondrich 1995: 35). Bei einer solchen Betrachtungsweise geht es um Unterschiede zwischen Familien bzw. Haushalten (Mikroebene), oder auf einer aggregierten Ebene zwischen Ständen, Klassen, Schichten bzw. sozialen Lagen und Milieus (Makroebene)⁶¹. Insbesondere werden dabei **vertikale** Differenzierungen zwischen Gruppierungen nach Kriterien der sozioökonomischen Ungleichheit beschrieben. Es geht also um relationale Besser- bzw. Schlechterstellung. Nicht behandelt werden folglich Differenzierungen zwischen sozialen Teilsystemen und Ordnungen⁶², die nach bestimmten Leitkriterien aufgebaut sind und mit denen sich ein zweiter Hauptstrang der soziologischen Theorie beschäftigt (Schwinn 2001: 9). Solche differenzierungstheoretische Analysen, die sowohl system- als auch handlungstheoretisch erschlossen werden können, fokussieren auf *funktionale* Differenzierungen innerhalb von bzw. zwischen Teilsystemen und Ordnungen⁶³.

Trotz der unterschiedlichen Analyseperspektiven dieser zwei theoretischen Stränge zeigen sich Anknüpfungspunkte, die auch für den hier verwendeten analytischen Bezugsrahmen von Bedeutung sind. Schwinn weist darauf hin, dass beide jeweils füreinander die jeweiligen Kontextbedingungen darstellen: einerseits beeinflussen vorherrschende Ungleichheitsverhältnisse zwischen Menschen die Differenzierungsmuster von Teilsystemen und Ordnungen, andererseits prägen Letztere die Muster sozialer Ungleichheiten zwischen Individuen und

⁶¹ Dabei kann es sich einerseits um „lose“ Gruppierungen handeln, denen „lediglich“ grundlegende Charakteristika gemein sind. Andererseits können sie aber auch soziale Gruppen sein, deren Mitglieder gemeinsame Ziele verfolgen und eine danach ausgerichtete, interne Organisationsstruktur aufweisen. Marx hat diese Unterscheidung prägnant mit den Begriffen „Klasse an sich“ und „Klasse für sich“ umschrieben. Während „Klasse an sich“ meint, dass Individuen oder Familien in eine Klasse fallen, weil sie unter ähnlichen, vornehmlich sozioökonomisch bestimmten Bedingungen leben, hat eine „Klasse für sich“ ein gemeinsames Bewusstsein bezüglich seiner Lage ausgebildet. Dies kann zur Formulierung gemeinsamer Ziele und zu politischem Handeln führen (Peuckert 1995: 153).

⁶² Zu Teilsystemen zählt Schwinn u. a. das Wirtschafts-, Politik-, Rechts- und Religionssystem sowie das Wissenschafts-, Familien- und Kunstsystem. Hingegen ist der Teilsystemstatus des Gesundheits-, Sport-, Erziehungs- und Medienbereichs noch nicht ausreichend geklärt (Schwinn 2001: 11).

⁶³ Anders als sich nach Kriterien sozialer Ungleichheit differenzierende Gruppierungen setzen Teilsysteme und Ordnungen bewusste Orientierungen von Akteuren voraus. Denn Systeme und Ordnungen werden zu einem bestimmten Zweck geschaffen. Dementsprechend wird ihnen eine jeweils spezifische Funktion zugeschrieben. Insofern sind sie durch ihre Leitideen und –Werte bereits vergesellschaftet, was soziale Gruppierungen erst dann sind, wenn mit gemeinsamen Charakteristika auch eine kollektive Selbstwahrnehmung einhergeht (Schwinn 2001: 16).

Gruppierungen⁶⁴. Beispielsweise ergeben sich aus hierarchisch abgestuften, funktional begründeten Berufspositionen innerhalb eines Teilsystems Lohnskalen, die sozioökonomische Ungleichheiten nach sich ziehen (Schwinn 2001: 29f.)⁶⁵.

Der am Ende dieses Kapitels vorgestellte Bezugsrahmen basiert zum einen auf Modellen, die im Rahmen der Sozialstrukturanalyse westeuropäischer Gesellschaften entwickelt wurden. Im Zentrum steht dabei das Konzept der Lebensstile. Dies war deshalb nötig, weil es für afrikanische Gesellschaften bisher keine Modelle gibt, die sozioökonomische Lagen und soziokulturelle Orientierungen von Haushalten sowie ihre interne Struktur analytisch verknüpfen und auch im Rahmen größerer Haushaltsuntersuchungen operationalisierbar sind (Neubert 2005: 178f., 187). Um den Bezugsrahmen auf den Kontext des ländlichen Malis anzupassen, wurden zum anderen Elemente aus Armuts- und Verwundbarkeitsanalysen sowie aus ethnologischen Forschungen zu Familien- sowie soziopolitischen Strukturen eingebaut. Diese verschiedenen Modelle und Elemente werden zunächst vorgestellt und auf ihre Brauchbarkeit geprüft, um die Herleitung des Bezugsrahmens und seiner Kategorien besser einordnen zu können.

5.1. Sozialstrukturanalyse von Gesellschaften der OECD-Staaten

Soziale Differenzierungen zwischen Gruppierungen in Gesellschaften der OECD-Staaten werden im Rahmen von Sozialstrukturanalysen untersucht. Hradil definiert Sozialstruktur als

„(...) Gesamtheit der relativ dauerhaften sozialen Gebilde (Gruppierungen, Institutionen, Organisationen) einer Gesellschaft, der sozialen Beziehungen und Wirkungszusammenhänge innerhalb und zwischen diesen Gebilden sowie deren Grundlage“ (Hradil 2006: 14).

Sozialstrukturanalyse wird dabei als Teilbereich der Gesellschaftsanalyse verstanden. Sie stellt die „in einem gesellschaftlichen System jeweils wichtigsten (dominanten) Strukturelemente“ heraus und strebt an, sie „in ihrem Einfluss und ihrer Wechselwirkung auf die Mikrostrukturen des sozialen Handelns und die gesellschaftlichen Makrostrukturen zu bestimmen“ (Schäfers 1995: 302). Es geht dabei um soziale Gebilde und Strukturelemente, die gesamtgesellschaftliche

⁶⁴ Schwinn kritisiert, dass der deskriptiven Ungleichheits- und Milieuforschung die theoretische Anbindung fehlt, die vornehmlich statistische Verteilungsungleichheiten darstelle, aber wenig über Lebenswelten aussage (Schwinn 2001: 27ff.).

⁶⁵ Aus zunehmenden funktionalen Differenzierungen resultieren aber nicht nur vertikale Unterschiede zwischen Gruppierungen, sondern auch verstärkte *personale* Differenzierungen für individuelle Akteure: aufgrund der fortschreitenden Trennung von Lebensbereichen (Familie, Freizeit, Arbeit) hat jedes Individuum eine Vielzahl an Rollen (z. B. Vater, Partner, Freund, Abteilungsleiter, Schatzmeister des Fußballvereins, Steuerzahler). Dies bringt in der Regel Rollenkonflikte mit sich, da jede Rolle in einem anderen System verankert ist und diese auf spezifischen Werten, Codes und Sinngehalten basiert (Schäfers 1995: 38).

Bedeutung haben (Hradil 2006: 14). Solche Analysen können bestimmte Dimensionen und Determinanten der Sozialstruktur ins Zentrum stellen oder auch ihre Ursachen und Folgen. Maßgebliche Dimensionen der Sozialstrukturanalyse sind Bevölkerungsstrukturen sowie Haushalts- und Familienformen einerseits, und Strukturen der Bildung, der Erwerbstätigkeit sowie der Einkommen und Vermögen andererseits. Auch öffentliche Sicherungssysteme sind ein bedeutendes Strukturelement für die Sozialstruktur von Gesellschaften in OECD-Staaten. Unterstützungs- und Transferleistungen im Sinne von gesicherten Anspruchsrechten (*entitlements*) beeinflussen das Gefüge sozioökonomischer Lagen und Ungleichheiten. Diese Gefüge bestehen aus Menschen, die sich in ähnlichen Positionen, sozialen Beziehungsgeflechten und Gebilden befinden, und sie sind je nach geschichtlicher Epoche durch bestimmte Determinanten und Dimensionen geprägt (Hradil 2006: 14, 197).

5.1.1. Von Ständen, Klassen und Schichten zu sozialen Lagen und Milieus

Historisch gesehen wurden die Gefüge sozialer Ungleichheit in vielen europäischen Gesellschaften mit den Konzepten der Stände, Klassen bzw. Schichten beschrieben. Dabei wurden je nach Analyseansatz bestimmte Strukturelemente als die prägenden Dimensionen herausgestellt. Während die Position und Verortung von Menschen innerhalb der Ständegesellschaften durch „Geburt“ zugeschrieben war⁶⁶, hing dies in Klassengesellschaften gemäß marxistisch ausgerichteten Analysen vor allem vom Besitz an Produktionsmitteln und von der Stellung im Wirtschaftsprozess ab⁶⁷. Die Schichtzugehörigkeit wurde insbesondere durch die erworbene, berufliche Ausbildung und Stellung bestimmt (Hradil 2006: 198f.)⁶⁸.

Im Zuge weitreichender, gesellschaftlicher Veränderungen unterlagen die Gefüge sozialer Ungleichheit einem starken Wandel. Heutzutage wird nicht mehr von Ständen oder Klassen und kaum noch von Schichten gesprochen. Vielmehr sind soziale Lagen bzw. Lebenslagen das vorherrschende Gefüge sozialer Ungleichheit. Im Gegensatz zu sozialen Lagen sind nicht nur das Konzept der Klasse, sondern auch der Schichten zu eindimensional auf Einkommen aus der jeweiligen Position im Wirtschaftssystem (Lohnarbeit versus Produktionsmittelbesitzer) bzw. auf Bildung fokussiert. Soziale Lagen dagegen tragen den multiplen Einkommens- und Vermögensquellen sowie über Bildung

⁶⁶ Nach Hradil sind Stände „Gruppierungen innerhalb der Struktur sozialer Ungleichheit, denen Menschen in der Regel durch „Geburt“ angehören, deren ungleiche Existenzbedingungen und Lebensweisen weitgehend geregelt und in ihren Abgrenzungen von anderen Ständen genau festgelegt sind“ (Hradil 2006: 198).

⁶⁷ Gemäß Hradil „werden Klassen all jene Gruppierungen innerhalb der Struktur sozialer Ungleichheit genannt, die auf Grund ihrer Stellung innerhalb des Wirtschaftsprozesses anderen Gruppierungen über- oder unterlegen sind (...), woraus ihnen bessere oder schlechtere Lebensbedingungen erwachsen“ (Hradil 2006: 199).

⁶⁸ Als Schichten wiederum bezeichnet Hradil „Gruppierungen von Menschen mit ähnlich vorteilhafter oder unvorteilhafter beruflicher Stellung (hinsichtlich Qualifikation, Macht, Einkommen, Prestige)“ (Hradil 2006: 199).

hinausgehenden, sozioökonomischen Einflussgrößen Rechnung. Soziale Lagen werden gefasst als

„(...) die Gesamtheit der Lebensbedingungen einer sozialen Gruppierung, die durch eine gemeinsame soziale Position (...) definiert ist. „Lebenslage“ wird die Gesamtheit der ähnlich vorteilhaften und nachteiligen Lebensbedingungen (...) bezeichnet, die für eine soziale Gruppierung charakteristisch sind“ (Hradil 2006: 200).

Unter sozialer Position werden jene von z. B. Studierenden, Hausfrauen, Rentnern oder ausländischen Arbeitnehmenden verstanden. Vorteilhafte oder nachteilige Lebensbedingungen ergeben sich beispielsweise aus dem Zugang zu Transferleistungen im Rahmen sozialer Sicherung, aus der Beteiligung an öffentlichen Entscheidungsprozessen, aber auch aus Arbeits-, Wohn- oder Freizeitbedingungen. Zentrales Zuweisungselement in Bezug auf die Verortung von Menschen im Gefüge sozialer Lagen ist Bildung. Wissen ist in allen Gesellschaften zur entscheidenden Ressource geworden, die sozioökonomische Besser- bzw. Schlechterstellung stark beeinflusst. Nicht nur Einkommen (aus Erwerb, Mieten, Zinsen und Dividenden sowie Transferleistungen), sondern auch Vermögen (aus Kapitalanlagen wie Aktien und Immobilien) hängt zunehmend von ihr ab. Zudem prägen zentrale intervenierende Faktoren die Stellung von Menschen im Gefüge sozialer Ungleichheit – dazu gehören vor allem Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeit und sozialräumlicher Wohnort. Sie können einerseits soziale Lagen weiter ausdifferenzieren, andererseits aber Differenzierung durch Verknüpfung zu typischen Bündeln auch beschränken (Hradil 1987: 162ff).

Doch Menschen und Gruppierungen differenzieren sich nicht nur sozioökonomisch, sondern auch soziokulturell. Dies wurde zwar in den Konzepten der Stände, Klassen und Schichten berücksichtigt. Jedoch bestimmten die jeweiligen sozioökonomischen Lebensbedingungen von Ständen, Klassen und auch Schichten maßgeblich ihre Einstellungen und Werthaltungen. In Ständegesellschaften unterschieden sich die Lebensweisen von Adel, Klerus, Bauernschaft und Handwerkertum enorm, auch weil der Ausbildungs- und Berufspfad sowie der soziale Status und standesgemäße Verhaltensweisen jeweils vorgegeben waren. In Klassengesellschaften entwickelt sich nach Marx die neu entstandene Arbeiterklasse „an sich“ zu einer Klasse „für sich“, indem ihre Angehörigen nicht nur ihren Alltag ähnlich gestalteten, sondern auch ein gemeinsames Bewusstsein bezüglich ihrer sozioökonomischen Lage ausbildeten und in der Folge gemeinsame politische Positionen und Forderungen formulierten. Bourdieu betonte am Beispiel Frankreichs der 1970-er Jahre weniger die soziopolitische Dimension der Klassendifferenzierung als die Ausbildung klassenspezifischer Geschmackskulturen. Er zeigt, dass Geschmack Teil eines Habitus im Sinne individuell verinnerlichter gesellschaftlicher Gesamtstrukturen ist, der Einstellungen und Handlungen anleitet. Über den Geschmack manifestiert sich

der Habitus, welcher Personen in der jeweiligen sozialen Hierarchie verortet. Der jeweilige Habitus und die sich daraus ergebenden vereinheitlichten Praxisformen variieren je nach Klasse bzw. gesellschaftlicher Gruppierung. Anhand der unteren, gesellschaftlichen Schichten führt er aus, dass zwar der Geschmack und die daraus resultierende Konsumpraxis ursprünglich von den materiellen Bedingungen und Möglichkeiten abhängen, jedoch in der Folge nicht mehr an Letztere geknüpft sein müssen. Beispielsweise zeichnete sich die durch den 2. Weltkrieg geprägte Arbeiterschaft durch einen Notwendigkeitsgeschmack aus, der sich an Zweckmäßigkeit und Funktionalität orientiert, wenn es um Konsumententscheidungen geht (Bourdieu 1982: 594). Diese Geschmacksorientierung änderte sich auch dann nicht unbedingt, als die materiellen Bedingungen sich verbesserten. Demnach ist die Konsumpraxis eher durch den Habitus bestimmt als eine Folge begrenzter Mittel⁶⁹. Bourdieu weist auch darauf hin, dass untere gesellschaftliche Gruppierungen bestimmte Güter und Dienstleistungen nicht erstehen, weil sie nicht wissen, wie sie damit umgehen müssen. Denn aus dem Wissen über den standesgemäßen Umgang mit Dingen erwächst „symbolisches Kapital“, über das man sich von anderen Klassen abgrenzen kann und welches sich in ökonomisches Kapital umwandeln lässt (Bourdieu 1982: 212f.). Für Bourdieu haben distinkte Lebensweisen und Konsumpraktiken vor allem zwei Funktionen: Nach innen schaffen sie Identität und Zugehörigkeit, nach außen ermöglichen sie Abgrenzung zu anderen Gruppierungen und können gar Mittel zur sozialen Schließung sein. Während Veblen in Bezug auf den Erwerb von Konsumgütern durch die oberen Schichten vor allem den Wunsch nach Demonstration des eigenen materiellen Wohlstands betont (demonstrativer Konsum), erklärte Georg Simmel die Entstehung neuer Lebensstile aus dem Bedürfnis von Menschen nach Abgrenzung einerseits und Nachahmung andererseits. Allerdings geht es bei beiden letztlich um Identitätsschaffung im Kontext eines rasanten gesellschaftlichen Wandels Ende des 19. Jahrhunderts. Demnach entwickeln bzw. eignen sich Menschen neue Konsumstile an, um sich von den vorherrschenden, einheitlichen Stilen in der Gesellschaft abzusetzen. Gleichzeitig aber kommt es aber zu einem Nachahmungseffekt, weil Menschen versuchen, sich durch die Annahme einer neuen subjektiven Kultur auf die veränderte objektiv gegebene (Gesellschafts-)Kultur einzustellen. So werden neue Stile letztlich von vielen aufgegriffen und gesellschaftlich anerkannt. Im Gegensatz zu Simmel sprach Veblen nur der

⁶⁹ Auch wenn Oscar Lewis in seiner Arbeit zur „Kultur der Armut“ im Gegensatz zu Bourdieu auf die ärmeren, gesellschaftlichen Gruppierungen fokussiert, so argumentiert er ähnlich wie Bourdieu. Armut ist mehr als ein Resultat des Mangels an Mitteln. Es ist nicht die Ressourcenknappheit an sich, die Menschen in Armut verharren lässt, sondern vielmehr eine Kultur der Armut, d. h. ein festes Set an Dispositionen (Denk- und Handlungsmuster). Diese bewirken, dass die bestehenden sozialen und materiellen Bedingungen stetig reproduziert werden (Lewis 1970: 69-73). Verne interpretiert den Habitus Bourdieuscher Art allerdings dynamischer als die Kultur der Armut, die sich voll aushärtet und unabhängig von den materiellen Bedingungen bestehen bleibt. Dahingegen reagiert der Habitus über längere Zeit auf veränderte Bedingungen und kann sich dementsprechend verändern (Verne 2007a: 226). Kritik am Konzept der Kultur der Armut hat Goetze geübt (Goetze 1970; Goetze 1992).

obersten Schicht zu, neue Stile zu entwickeln (Hahn 2005: 54-60; Veblen 1986; Simmel 1989).

Mit den Konzepten der sozialen Milieus und Lebensstile wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass in Gesellschaften der OECD-Staaten soziokulturelle Differenzierungen zwischen Gruppierungen nur noch mittelbar mit deren sozialen Lagen zusammenhängen (vgl. Hradil 1987; Scardigli 1987; Müller 1992a; Crouch 1999). Lebensentwürfe, Einstellungen, Werthaltungen oder Konsumbedürfnisse sind demnach nicht allein von einer bestimmten sozialen Lage abhängig. Menschen bewerten und interpretieren sozioökonomisch geprägte Lagen auch jeweils unterschiedlich und regulieren letztlich so die Bedeutung bestimmter objektiv gegebener Lebens- und Handlungschancen bzw. sozialer Unterschiede. Beispielsweise kann der Besitz eines Autos für bestimmte Menschen Ausdruck materiellen Wohlstands sein, während für andere der Verzicht auf ein Auto vielmehr ein hohes Umweltbewusstsein widerspiegelt und nicht sozioökonomische Schlechterstellung. Unter sozialem Milieu fasst Hradil

„(...) eine Gruppierung von Menschen, die eine ähnliche Mentalität und häufig auch ein gemeinsames sachliches Umfeld (Region, Stadtviertel, Berufswelt etc.) aufweisen“ (Hradil 2006: 278).

Ihre Lebensentwürfe, Werthaltungen und Leitprinzipien sowie ihre Beziehungen zu Mitmenschen ähneln sich dementsprechend. Milieus „interpretieren und gestalten ihre Umwelt in ähnlicher Weise und unterscheiden sich dadurch von anderen sozialen Milieus“ (Hradil 2006: 278).

Im Gegensatz zu sozialen Milieus sind Lebensstile nach Hradil „gruppenspezifische Muster der Alltagsorganisation“, die sich jeweils an spezifischen Leitprinzipien orientieren. Sie stellen sich als „ein regelmäßig wiederkehrender Gesamtzusammenhang von Verhaltensweisen, Meinungen, Wissensbeständen und bewertenden Einstellungen“ dar (Hradil 2006: 285). Analytisch präziser hat Müller den Lebensstilbegriff definiert. Danach kann man Lebensstile als

„(...) raum-zeitlich strukturierte Muster der Lebensführung fassen, die von Ressourcen (materiell und kulturell), der Familien- und Haushaltsform sowie den Werthaltungen abhängen“ (Müller 1989: 66).

Für Müller konstituieren sich demnach Lebensführungsmuster aus der Wechselwirkung dreier wesentlicher Elemente. Die dem Haushalt und der Familie zugänglichen materiellen und kulturellen Ressourcen formen ihre Lebens- und Handlungschancen, wobei diese wiederum von den jeweils gesellschaftlich gegebenen Optionen und Wahlmöglichkeiten abhängen. Die Haushalts- bzw. Familienform umschreibt die (Re-)Produktion-, Wohn- und/oder Konsumeinheit einschließlich der jeweils dazugehörenden Personen, die mehr oder minder gemeinsame Lebensführungsmuster aufweisen. Schließlich prägen Werthaltungen

die vorherrschenden Lebensziele und -entwürfe, Einstellungen, und Präferenzen der Träger von Lebensführungsmustern. Auf Grundlage dieser drei konstituierenden Elemente bilden sich verschiedene Typen von Lebensführungsmustern aus, die sich nicht nur durch die jeweilige Ressourcenausstattung (z. B. Einkommen, Güterbesitz und Bildung), sondern auch durch unterschiedliche Ausprägungen des expressiven (z. B. Konsum- und Freizeitverhalten), interaktiven (z. B. Heirats- und Gruppenverhalten) oder kognitiven Verhaltens (z.B. Zugehörigkeits- und Identitätswahrnehmung) differenzieren (Schulze 2010: 308). Lebensstile in Gesellschaften der OECD-Staaten manifestieren sich nach Müller insbesondere in Aspekten der Stilisierung und des Geschmacks. Für Müller zeichnet sich das Lebensstilkonzept dadurch aus, dass es

1. die holistische Gestalt eines Individuums, einer Gruppe oder gar Gesellschaft abbildet;
2. Ausdruck einer gewissen Freiwilligkeit und Wahlmöglichkeit ist;
3. Ausformungen verschiedener Stil- bzw. Charaktermuster offenlegt;
4. die Stilisierungschancen aufgrund gegebener Normen- und Wertesysteme sowie Ressourcenausstattung abbildet; und schließlich
5. die Verteilung von Stilisierungsneigungen auf verschiedene Gruppierungen wie Jugendliche, Migrant(inn)en etc. aufzeigt.

Neben der **Andersartigkeit** von Lebensstilen, die sich im Gegensatz zu sozialen Lagen nicht in ein „oben und unten“ einordnen lassen, betonen Müller und Hradil die **Freiwilligkeit** von Lebensstilen. Dies impliziert, dass Menschen zwischen mehreren Lebensstilen wählen und diese relativ frei und bewusst gestalten können (Hradil 2006: 285). In seinem Konzept integriert Müller sozioökonomische und –kulturelle Elemente als die wesentlichen Strukturelemente von Lebensführungsmustern. Er spricht in diesem Zusammenhang vom „konstitutiven Dualismus“ des materiellen (ökonomischen) und des ideellen (kulturellen) Substrats. Gemäß Müller ermöglicht dieses Lebensstilverständnis, Mikro- und Makro-Ebene, Struktur und Prozess sowie vertikale Unterschiede und horizontale Differenzierungen mit einzubeziehen (Müller 1989: 66).

5.1.2. Empirische Entwicklungen von sozialen Lagen, Milieus und Lebensstilen

Sozioökonomisch schlechter gestellte Lagen bestehen z. B. in Deutschland überproportional aus wenig qualifizierten Arbeitnehmern, die nicht selten Ausländer sind bzw. kinderreichen Familien vorstehen, sowie aus Alleinerziehenden. Dies hat auch damit zu tun, dass es im Zuge eines wachsenden Dienstleistungssektors sowie fortschreitender Globalisierung zu einer internationalen Nachfragekonkurrenz um qualifizierte Arbeitskräfte und einer Angebotskonkurrenz unter wenig Qualifizierten gekommen ist. Diese Entwicklung spiegelt die Bedeutung der Ressource „Wissen“ in

Bezug auf Lebenschancen wider. Früher war Armut⁷⁰ in Deutschland überdurchschnittlich unter älteren Personen zu finden, ist sie heute verstärkt bei Kindern vorherrschend, obgleich der Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft rasant gestiegen ist (Messner 2001). Das Phänomen der Kinderarmut steht in enger Wechselwirkung mit veränderten Lebens- und Familienformen. Zwar ist die Kernfamilie mit 1 oder 2 Kindern nach wie vor vorherrschend, aber der Anteil alleinerziehender Personen hat ebenso stark zugenommen wie jener kinderloser (Ehe-)Paare und von Singles⁷¹. In Armut lebende Kinder wachsen oft bei Alleinerziehenden auf.

Lebensstile werden empirisch insbesondere in Hinblick auf Konsumverhalten untersucht. Dabei stehen beispielsweise Musik- und Kleidungsstile oder das Freizeitverhalten im Fokus. In Bezug auf verschiedene Kombinationen von kulturellen Vorlieben („etablierte Kultur“, „moderne Kultur“ bzw. „populäre, volkstümliche Kultur“) und häuslicher bzw. außerhäuslicher Orientierung arbeiteten Schneider und Spellerberg neun Lebensstile für die westdeutsche Gesellschaft heraus (Schneider & Spellerberg 1999: 106). Im Gegensatz dazu filterte Sinus Sociovision im Jahre 2004 zehn soziale Milieus für Deutschland heraus. Dazu wurden vertikale, sozioökonomische Lagen mit horizontal angelegten Werthaltungen („traditionelle Werte“, „moderne Werte“ und „Werte der Neuorientierungen“)⁷² „gekreuzt“ (Sinus Sociovision 2012). So gibt es beispielsweise das konservative, postmaterielle und experimentalistische Milieu. Während Angehörige des konservativen Milieus u. a. viel Wert auf Bildung und gute Umgangsformen legen, gehobene Berufskarrieren erreichen sowie die Familie als Institution hoch halten, sind Menschen aus dem postmateriellen Milieu ebenso gebildet, aber stärker kosmopolitisch und tolerant ausgerichtet. Auch sie legen Wert auf den Beruf, allerdings nicht um jeden Preis, da sie Freiräume z. B. für Weiterbildungen und Kultur beibehalten wollen. Umwelt-, Gesundheits- und Qualitätsbewusstsein steht ebenso hoch im Kurs, wobei übertriebener Konsum abgelehnt wird. Im Gegensatz dazu setzen Angehörige des experimentalistischen Milieus auf das Ausprobieren verschiedener beruflicher Rollen und schauen weniger auf materiellen Erfolg und Karriere, obschon auch sie häufig gut gebildet sind (Hradil 2006: 280-283). Hradil weist darauf hin, dass in jeder sozialen Lage unterschiedliche Milieus und Lebensstile vorkommen, ebenso wie sich Milieus und Lebensstile quer durch die unterschiedlichen Lagen ziehen. Häufig finden sich aber bestimmte Lebensstile in

⁷⁰ Im Kontext westlicher Gesellschaften gelten Personen als arm, wenn sie 50% des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens pro Kopf zur Verfügung haben. 40% entsprechen strenger Armut, 60% gelten als Niedrigeinkommen (Hradil 2006: 221).

⁷¹ In Bezug auf Singles muss unterschieden werden zwischen älteren, häufig weiblichen Personen, die durch Verwitwung alleinstehend sind, und jüngeren Personen, die aus unterschiedlichen Gründen zumindest vorübergehend alleine sind. Davon zu trennen sind wiederum Personen, die eine(n) Partner(in) haben, aber allein leben. Hradil hat dieses, vor allem in westlichen Gesellschaften verbreitete Phänomen im Detail untersucht (Hradil 1995).

⁷² Während Pflichterfüllung und Ordnung „traditionelle Werte“ darstellen, fallen Individualisierung, Selbstverwirklichung und Genuss unter „moderne Werte“. Experimentierfreudigkeit und Leben in Paradoxien gelten als „Werte der Neuorientierung“ (Hradil 2006: 279).

spezifischen Milieus. Menschen wechseln Lebensstile und soziale Milieus verändern sich. Sie werden zahlenmäßig größer oder kleiner, lösen sich auf oder entstehen neu - wobei die Übergänge fließend sind. Neue soziale Milieus und Lebensstile sind gemäß unterschiedlicher Autoren vor allem im Zuge der allgemeinen Wohlstandsmehrung und der in den 1970-er Jahren eingeleiteten „Bildungsexpansion“ entstanden. Diese bewirkten, dass ein Großteil der westeuropäischen Bevölkerungen nach und nach sozioökonomisch „nach oben“ rückten⁷³, was auch als „Fahrstuhleffekt“ bezeichnet wird. Zum einen vervielfältigten sich durch allgemeine, sozioökonomische Besserstellung demnach die Optionen in Bezug auf Lebensformen und –Stile. Dies wurde auch durch den verstärkten Trend zu tertiärer Ausbildung gefördert, wodurch sich die Experimentierphase junger Menschen („Postadoleszenz“), auch was Lebensstile angeht, verlängerte. Einige Milieus zeichnen sich dadurch aus, dass sie das Privat- und Freizeitleben ins Zentrum rücken. Berufs- und vor allem öffentliches Leben im Sinne bürgerlichen Engagements verlieren an Bedeutung (Schulze 1992)⁷⁴. Laut Beck wiederum verstärkt beispielsweise der strukturelle Zwang zum Erwerb von möglichst viel berufsrelevanter Bildung sowie zur Mobilität den Individualisierungstrend. Der Einzelne ist dadurch mehr auf sich gestellt und immer weniger in herkömmliche soziale Netzwerke wie die Familie eingebettet. Zwar kann das Individuum sein Leben dadurch freier gestalten. Allerdings muss es auch, weil alt hergebrachte Muster der Lebensführung, Vorgaben und Vorbilder keinen angemessenen Orientierungsrahmen mehr bieten. Vor diesem Hintergrund, so Beck, suchten viele nach neuen Gemeinschaften, die einen gemeinsamen Lebensstil ausformen. Andere wiederum wählten konventionelle Lebensweisen, um Halt und Orientierung zu finden. So kommt es zu einer Vielzahl neuer Milieus und Lebensstile, die eine sozialstrukturelle Unübersichtlichkeit schaffen (Beck 1986: 206)⁷⁵. Letztlich aber sind sowohl soziale Milieus als auch Lebensstile analytische Konstrukte, die zwar auf empirischen Daten beruhen, aber in ihrer Reinform kaum vorzufinden sind und häufig als Mischtypen auftreten (Hradil 2006: 278, 285ff.).

⁷³ Bis in die 1970-er Jahre hielt der sozioökonomische Nivellierungsprozess in vielen westeuropäischen Ländern an, seitdem haben die Einkommens- und vor allem Vermögensungleichheiten wieder schrittweise zugenommen (Hradil 2006: 219).

⁷⁴ Die Unterscheidung von zunehmender Innenorientierung und abnehmender Außenorientierung entspricht in wesentlichen Zügen dem von A. O. Hirschman thematisierten Schwanken der Menschen zwischen Privat- und Gemeinwohl (Hirschman 1988).

⁷⁵ Umstritten ist in Hinblick auf Becks Individualisierungsthese u. a., wie weit die subjektiv bewusste Lebensgestaltung und Pluralisierung von neuen Lebensformen wirklich reichen. Zudem wird der These entgegengestellt, dass es so klare Klassen- und Schichtgrenzen auch früher nicht gegeben habe und somit schon immer eine gewisse Vielfalt an Lebensweisen bestand. Schließlich seien Denk- und Handlungsweisen noch stets durch die jeweilige sozioökonomische Lage geprägt (Hradil 2006: 269).

5.2. Analyse sozialer Differenzierung in afrikanischen Gesellschaften

Die Analyse sozialer Differenzierung in afrikanischen Gesellschaften ist bisher konzeptionell stark fragmentiert und kaum mit Blick auf die Gesamtgesellschaft vorgenommen worden. Im Gegensatz zur Sozialstrukturanalyse von Gesellschaften der OECD-Staaten mit ihren Modellen der sozialen Lagen und Lebensstile ist die analytische Verknüpfung von sozioökonomischen Ressourcen und soziokulturellen Orientierungen bei der Untersuchung afrikanischer Gesellschaften so gut wie nicht gegeben. Nach Neubert geht dies auf den Umstand zurück, dass sich insbesondere ethnologische Studien auf soziokulturell bzw. soziopolitisch begründete Differenzierungen konzentriert haben, während entwicklungspolitische Analysen vor allem auf sozioökonomische Lagen, Armut und Verwundbarkeit fokussieren. Beide Stränge blenden sich weitgehend gegenseitig aus und haben sich auch daher kaum die Kombination von Lagen, Milieus und Lebensstilen zunutze gemacht (Neubert 2005: 184f.).

5.2.1. Sozioökonomische Differenzierung entlang von Armut und Verwundbarkeit

Sozioökonomisch ausgerichtete Analysen zu Afrika südlich der Sahara sind mit wenigen Ausnahmen entwicklungspolitisch motiviert⁷⁶. Sie fokussieren daher auch auf ärmere bzw. sozial schlechter gestellte Gruppierungen. Häufig sind solche Analysen standardisiert-quantitativ angelegt und arbeiten mit hohen Fallzahlen an befragten Personen, um so Aussagen zu ihrer Verbreitung treffen zu können. Auf ihrer Grundlage werden Entwicklungsprogramme zur Armutsreduktion initiiert, etwa die so genannten *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSP). Allerdings zeigt Neubert am Beispiel Ugandas, dass auch durch die Entwicklungspolitik initiierte, groß angelegte Analysen durchaus mit multidimensionalen Armutskonzepten arbeiten, neben Unterkunft und Nahrung auch den Zugang zu sozialen Diensten und Infrastrukturen, die persönliche Sicherheit sowie politische und soziale Partizipation berücksichtigen. Zudem werden standardisiert-quantitativ angelegte Armutsuntersuchungen vermehrt mit qualitativen und partizipativen Methoden ergänzt. So sollen beispielsweise die lokalen Sichtweisen der betroffenen Gruppierungen bezüglich ihrer Lebens- und Handlungschancen eingefangen werden. Dies ermöglicht auch, Differenzierungen innerhalb sozial schlechter gestellten Gruppierungen offenzulegen, z. B. zwischen Geschlechtern bzw. älteren und jüngeren Menschen⁷⁷. Auch multinationale Organisationen wie die Weltbank analysieren Armut nicht mehr nur sozioökonomisch und wenden partizipative Erhebungsmethoden an. 2000 veröffentlichte die Weltbank unter dem Titel „Voices

⁷⁶ Ausnahmen sind z. B. Berg-Schlosser (1979) und Verne (2007b).

⁷⁷ Auch der Autor dieser Arbeit arbeitete an einer multidimensionalen Studie zur Armut in einer mittelgroßen Stadt Burkina Fasos mit, die von der schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit in Auftrag gegeben wurde und sowohl quantitative als auch qualitative Methoden der Datenerhebung kombinierte (Tankoano & Schulze 2000, unveröffentlichter Abschlussbericht).

of the Poor – Crying Out for Change“ die Ergebnisse einer länderübergreifenden Studie zu den verschiedenen Facetten von Armut unterschiedlicher Gruppierungen (Narayan et al. 2000).

Diese Studie greift auch das Konzept des **Lebenshaltungsansatzes** (*livelihood approach*⁷⁸) auf. Dieser untersucht die konkreten Lebens- und Alltagswelten der betroffenen Individuen und Haushalte aus einer Mikroperspektive – in der Regel mit Hilfe partizipativer und qualitativer Methoden. Im Fokus stehen die den Betroffenen zur Verfügung stehenden physischen, natürlichen, finanziellen, menschlichen, sozialen und politischen Ressourcen. Lebenshaltungsansätze verfolgen das Ziel, die verschiedenen Ressourcen zu stärken und aufeinander abzustimmen. So können Menschen wirkungsvolle und nachhaltige Bewältigungsstrategien (*coping strategies*) entwickeln, um angemessen auf Risiken zu reagieren, mit Verwundbarkeiten umzugehen sowie ihre Existenz zu sichern. Letztlich will man den Betroffenen ermöglichen, eine genügend starke Selbsterhaltungsfähigkeit (*resilience*) aufzubauen, um Verwundbarkeiten (*vulnerabilities*) begegnen zu können. Zunächst fand der Ansatz vor allem mit Blick auf landwirtschaftliche Systeme und das Management natürlicher Ressourcen Anwendung. Mittlerweile ist der Lebenshaltungsansatz auch auf andere Bereiche wie z. B. den Zugang zur Gesundheitsversorgung angewendet und weiter entwickelt worden (siehe z. B. Obrist et al. 2007). Zudem arbeiten ethnologische Arbeiten mit Kategorien dieses Ansatzes und analysieren Unsicherheiten, Verwundbarkeiten und Bewältigungsstrategien, wobei sie stärkeres Gewicht auf kulturalistische Erklärungen der untersuchten Phänomene legen (vgl. Obrist 2006 zu Gesundheitspraktiken in Tansania, Griep 2005 sowie de Bruijn & van Dijk 1995 zu den klimatisch bedingten Unsicherheiten und Bewältigungsstrategien der Fulbe in Mali, Brandts 2005 zu jenen der Dogon in Mali).

Trotz konzeptioneller und methodologischer Weiterentwicklungen bleiben sowohl bei Armutsstudien als auch Lebenshaltungsanalysen wesentliche Defizite bestehen, wenn es um eine umfassende Untersuchung sozialer Differenzierung geht. Entwicklungspolitisch angelegte Armutsanalysen stellen vor allem auf die sozial schlechter gestellten Lagen der Gesellschaften ab. Dadurch fehlt zumeist eine gesamtgesellschaftliche Perspektive, die auch besser gestellte Gruppierungen einschließt. Zudem identifiziert Neubert drei miteinander verknüpfte, sozialstrukturell relevante Elemente, die zwar durch entwicklungssoziologische und ethnologische Arbeiten herausgearbeitet worden sind, aber in Armutsanalysen zu Afrika bisher kaum Berücksichtigung gefunden haben. Es handelt sich dabei um die weit verbreiteten

- Verbindungen von Stadt und Land über Familien- und Verwandtschaftsbeziehungen bzw. andere soziale Organisationsformen;

⁷⁸ Unter *Livelihoods* werden “the capabilities, assets (including both material and social resources) and activities required for a means of living” gefasst (DFID 1999).

- Kombinationen verschiedener Einkommensquellen bzw. Produktionsformen zur Minimierung ökonomischer Risiken; und
- intrafamiliären und –verwandtschaftlichen Differenzierungen, die über geschlechtsspezifische Unterschiede hinausgehen (Neubert 2005: 182).

Danach spannen sich Familien- und Verwandtschaftsgruppen über Stadt und Land. Nicht nur stehen Städter mit ihren Familien in den Heimatdörfern in engem Kontakt, sondern Kinder und andere Personen wechseln aufgrund von Schulbesuch bzw. Wanderarbeit innerhalb der Familie in einen anderen Haushalt – vom Land in die Stadt oder umgekehrt. Außerdem leben einige Mitglieder derselben „Kernfamilie“ auf dem Land, andere in der Stadt - „Lebenszyklisch wechseln sich oft mehrfach Zeiten in der Stadt und auf dem Land ab“ (Neubert 2005: 182). Zudem umfassen solche Familien- und Verwandtschaftsgruppen Personen unterschiedlicher sozioökonomischer Position, so dass (reziproke) Hilfe- und Transferleistungen zwischen besser und schlechter gestellten Mitgliedern eher die Regel als die Ausnahme sind. Schließlich kombinieren Haushalte, aber auch viele Individuen verschiedene Produktionsformen wie Subsistenz⁷⁹- und Waren- bzw. Dienstleistungsproduktion auf unterschiedliche Weise, nicht um Einkommen, sondern um Sicherheit zu maximieren und Existenzrisiken zu minimieren⁸⁰. Dieses weit verbreitete Phänomen der Verflechtung verschiedener Produktionsformen wurde in den 1980-er Jahren von den Bielefelder Entwicklungssoziologen empirisch herausgearbeitet (Elwert et al. 1983)⁸¹. Zwar bestimmt die kapitalistische Produktionsweise diese verschiedenen Verflechtungsformen, doch spielt die Subsistenzproduktion eine bedeutende Rolle für die Lebenssicherung (Elwert et al. 1983: 289). Subsistenzwirtschaft ist damit auch keine Vorstufe der Marktwirtschaft, wie es die klassische Modernisierungstheorie darstellt, sondern wird neben der marktorientierten Warenproduktion von ein und denselben Akteuren betrieben. Vielmehr bedingen sich die unterschiedlichen Produktionsformen gegenseitig. Entsprechend des Gewichts jeder Produktionsform in der jeweiligen Kombination haben die Autoren idealtypische Verflechtungsformen dargestellt. In der Regel werden diese wiederum jeweils von bestimmten sozioökonomischen Gruppierungen verfolgt. Ein hoher Grad an Subsistenzwirtschaft und der Kauf von grundlegenden Gütern kommen demnach vor allem bei ländlichen Haushalten vor, die eine gute Ressourcenausstattung haben. Sie haben kaum Mitglieder mit Lohnarbeit in ihren

⁷⁹ Evers definiert Subsistenzproduktion wie folgt: „Die „Subsistenzproduktion“ umfasst alle gebrauchtorientierten wirtschaftlichen Tätigkeiten für den Selbstgebrauch und Eigenkonsum außerhalb marktwirtschaftlicher Beziehungen“ (Evers 1987b: 353).

⁸⁰ Ein und dieselben Individuen oder Haushalte verändern auch die Kombinationen an Produktionsformen und wirtschaftlichen Tätigkeiten. Dies unterstreicht das Bestreben der Akteure, sich unterschiedliche Handlungsstrategien offen zu halten (Evers 1987a: 362).

⁸¹ Elwert et al. verstanden ihren Ansatz als kritische, handlungstheoretische Erweiterung des strukturalistisch unterfütterten Dependenz-Ansatzes. Für sie standen die konkreten Lebensbedingungen und Handlungsrationaltäten der Akteure im Zentrum, die sich aus dem jeweiligen ökonomischen, sozialen und politischen Strukturen ableiten und vor deren Hintergrund Akteure Handlungsstrategien rational wählen, um ihren Lebensunterhalt bzw. Existenz zu sichern.

Reihen und verkaufen die Überschussproduktion, um zu Geldeinkommen zu kommen (Typ 1). Bei einem zweiten Verflechtungstyp ist die Subsistenzproduktion deutlich weniger ausgeprägt. Dieser findet sich im ländlichen Raum mit starker Warenproduktion oder in urbanen Gebieten mit gutem Zugang zu Land. Je geringer jedoch das Geldeinkommen innerhalb dieses Typs ist, desto bedeutender wird die Subsistenzproduktion. Beim Typ 3 wird Subsistenzproduktion erst durch Geldeinkommen aus formeller oder informeller Marktproduktion⁸² möglich. So kaufen sich beispielsweise städtische Haushalte Landparzellen. Der 4. Typ zeichnet sich durch einen geringeren Grad an Subsistenzproduktion aus, da die Ressourcen wie z. B. Land, Werkzeuge und Dünger dazu fehlen. Subsistenz ist hier ein Zeichen sozioökonomischer Besserstellung, da mehr Geldeinkommen benötigt wird als beim Typ 3. Der 4. Typ fasst demnach auch viele ärmere Gruppierungen wie z. B. Bewohner von Slums, die keine Subsistenzwirtschaft betreiben können. Insgesamt gesehen sinkt mit steigendem Geldeinkommen der relative Wert der Subsistenzwirtschaft für die Lebenssicherung, allerdings steigt ihr absoluter Wert. Je geringer das Geldeinkommen, desto wichtiger wird die Subsistenzproduktion.

Ob der stabilisierenden Wirkung der Subsistenzproduktion⁸³ für die Lebenssicherung vor allem in Krisenzeiten konstatieren Elwert et al. denn auch:

„Die Möglichkeit zu einer Subsistenzproduktion von Gütern (weniger von Dienstleistungen) ist entscheidend für die Differenzierung im politischen und ökonomischen Verhalten bei den Ungesicherten (Elwert et al. 1983: 289).

Der Bielefelder Verflechtungsansatz fokussiert zwar auch auf die sozioökonomisch schlechter gestellten Gruppierungen, differenziert diese jedoch mit der Vorstellung von vier Idealtypen weiter aus. Allerdings bleibt weitgehend unklar, wie verbreitet diese einzelnen Typen in unterschiedlichen Gesellschaften tatsächlich sind.

Im Gegensatz dazu haben einige wenige sozioökonomisch ausgerichtete Studien wie jene von Berg-Schlosser und Siegler zu Kenia, Tansania und Uganda empirisch nachgewiesen, dass die Kombination verschiedener Einkommensquellen weit verbreitet ist, der Zugang zu Boden ein zentrales Differenzierungselement darstellt und Ethnizität quer zur vertikalen sozioökonomischen Differenzierungen verläuft. Dennoch bilden sie letztlich die gesellschaftlichen Gruppierungen als Schichten auf Grundlage einer Haupteinkommensquelle ab. So weisen sie Bauern, Arbeiter, Manager und Eliten aus, ohne explizit darauf hinzuweisen, dass viele der

⁸² Evers definiert die informelle Marktproduktion folgendermaßen: „Der „informelle Sektor“ ist jener Teil der Schattenwirtschaft, der in kleinen Einheiten marktorientiert produziert bzw. Dienstleistungen anbietet“. „Die „Schattenwirtschaft“ umfasst alle wirtschaftlichen Tätigkeiten, die nicht von der amtlichen Statistik erfasst und damit den Regelungs- und Revenueansprüchen des Staates entzogen sind“ (Evers 1987b: 353).

⁸³ Subsistenzproduktion ist auch deshalb so bedeutend für die Existenzsicherung, weil der Staat deutlich weniger Zugriffsmöglichkeiten hat. Gleichzeitig aber bewirkt dies auch, dass die Ungesicherten relativ geringe Löhne bzw. niedrige Preise für ihre landwirtschaftlichen Produkte akzeptieren und es daher auch kaum zu Demonstrationen und Revolten kommt.

Individuen bzw. Haushalte de facto mehreren Kategorien zugeordnet werden können (Berg-Schlosser und Siegler 1988: 22).

Lebenshaltungsanalysen stellen zwar deutlich den prozessualen und wandelbaren Charakter von sozioökonomischen Lagen heraus. Ebenso weisen sie analytisch aus, dass Handlungs- und Sicherungsstrategien vom weiteren „Verwundbarkeits- bzw. Opportunitätskontext“ beeinflusst werden⁸⁴. Auch die Verflechtung von Einkommensquellen als Teil der Lebenshaltungsstrategien wird aufgenommen. Doch die sozioökonomische Bedeutung von familiären und verwandtschaftlichen Netzen, die sich über Stadt und Land spannen, wird durch die Fokussierung auf Menschen, die physisch zusammen bzw. in der Nähe leben (Haushalt, Nachbarschaft, Dorfgemeinschaft), nicht immer adäquat erfasst. Schließlich berücksichtigen Lebenshaltungsansätze durch ihre Konzentration auf Verwundbarkeit und Selbsterhaltungsfähigkeit ebenso wenig wie der Verflechtungsansatz soziokulturelle Differenzierungen. Denn selbst bei ähnlicher sozioökonomischer Lage bestehen meist verschiedene Nutzungs- und Umsetzungsmöglichkeiten, die unterschiedliche Lebenshaltungsstrategien hervorbringen können. Dabei spielen Werthaltungen, Einstellungen und Präferenzen eine gewichtige Rolle.

Verschiedene ethnologische Arbeiten haben versucht, Armut als kulturelle Form zu fassen – d. h. sie nicht nur auf Aspekte materieller Knappheit zu verkürzen. Im Gegensatz zu Bourdieu und Lewis, für die Armut insbesondere das Resultat mentaler Dispositionen ist, kann gemäß Spittler materielle Knappheit Ausdruck einer selbst gewählten Form der Lebensgestaltung sein. Er verdeutlicht dies am Beispiel der Tuareg, die bewusst ihren Konsum eingrenzen und sich durch einen Ethos der Bedürfnislosigkeit auszeichnen. Spittler sieht als Armut bezeichnete materielle Umstände als westliche Perspektive. Anstatt dessen müsste vielmehr von den jeweiligen (kulturell geprägten) Bedürfnissen der untersuchten Akteure ausgegangen werden. Erst mit Bezug auf diese könnten die materiellen Umstände bewertet werden. Für Spittler macht die Kategorie „Armut“ nur in der Dichotomie zu „Reichtum“ Sinn, wobei das als reich definierte Referenzsystem und die dort herrschenden Bedürfnisse im Falle der von ihm untersuchten Tuareg außerhalb ihrer eigenen Lebenswelt liegen (Spittler 1991). Verne hingegen hinterfragt vor dem Hintergrund seiner empirischen Studie in einem nigrischen Dorf diese kulturalistische Perspektive und zeigt auf, wie sehr Konsumpraxis doch an äußere, materielle Bedingungen gebunden und nicht einfach Manifestation eines frei gewählten Lebensstils ist⁸⁵. Am Beispiel jüngerer und älterer Frauen veranschaulicht er, dass die Ausgestaltung von Lebensstilen vor allem durch die vorherrschende,

⁸⁴ Die Lebenshaltungsstrategien von Individuen und Haushalten sowie ihr Zugang zu Ressourcen und Diensten sind ebenso von den jeweils vorherrschenden Politiken, Institutionen, Organisationen und Prozessen abhängig (DFID 1999).

⁸⁵ Auch Hahn und Bauer verweisen neben dem eingeschränkten Konsumangebot in vielen Teilen (des ländlichen) Afrikas südlich der Sahara auf die begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Finanzierung von Konsum und Freizeit (Hahn 2005: 110; Bauer 2007: 536).

materielle Knappheit und den Druck seitens des sozialen Netzwerks, Güter zu teilen, verhindert wird⁸⁶. Die Arbeit von Verne verweist zum einen auf den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Ressourcen und soziokulturellen Orientierungen, zum anderen auf die gesellschaftlich weit verbreitete Verpflichtung zur Weiterverteilung. Danach bereichert sich derjenige, der augenscheinig materielle Güter anhäuft, auf Kosten seiner unmittelbaren sozialen Umgebung. Wer weiterverteilt, dem wird Ehre und soziale Anerkennung zuteil. Insofern darf symbolisches, aber nicht materielles Kapital angehäuft werden (Evers & Schrader 1993: 17).

5.2.2. Soziokulturelle Differenzierung entlang von Ethnizität, Verwandtschaft und Konsumpraxis

Insbesondere ethnologische Forschungen haben seit Ende der 1980-er Jahre wesentliche soziokulturelle Strukturelemente afrikanischer Gesellschaften herausgearbeitet. Eine zentrale Dimension ist Ethnizität. Elwert versteht darunter das Bewusstsein, zu einer Ethnie zu gehören (Elwert 1989: 37). Ethnisch definierte „Wir-Gruppen“, wie er sie analytisch präziser nennt, sind

„(...) familienübergreifende und familienerfassende Gruppen, die sich selbst eine (u. U. auch exklusive) kollektive Identität zusprechen. Dabei sind die Zuschreibungskriterien, die die Aussengrenze setzen, wandelbar“ (Elwert 1989: 33).

Elwerts Definition spiegelt wider, dass Ethnizität zwar auf kulturellen Spezifika wie Bräuchen, Einstellungen und Verhaltensweisen sowie kollektiven Erfahrungen und Sprache beruht. Aber ethnische Identitäten wandeln sich, dadurch dass diese kulturellen Grundlagen durch verschiedene Akteure im Laufe der Zeit auf unterschiedliche Weise mit Sinn belegt und gedeutet werden. Folglich stellt Lentz fest, dass

„(...) Ethnizität für verschiedene gesellschaftliche Gruppen – gebildete Eliten, Arbeitsmigranten, Bauern – zu verschiedenen Zeiten sehr Unterschiedliches bedeuten kann“ (Lentz 1995: 129).

⁸⁶ Danach verlieren die meisten der Frauen in einem Zeitraum von etwa 15 Jahren nach ihrer Heirat mehr als die Hälfte ihres Besitzes, der Wert ihrer Güter sinkt um 2/3. Dies liegt nicht nur daran, dass die Frauen bei ihrer Heirat vor allem qualitativ minderwertige Ware kaufen, damit sie sich möglichst *alle* Güter (Töpfe, Matten oder Wandteppiche) zulegen können, die eine verheiratete Frau in die Ehe mitbringen sollte. Solche Güter werden nicht nur durch häufigen Gebrauch abgenutzt, sondern auch von jüngeren, sozial untergeordneten Frauen beansprucht. Diesem „Werben“ können sich ältere Frauen mit einem gewissen Senioritätsstatus kaum verweigern, weil dies Unverständnis im sozialen Umfeld hervorrufen würde. Zwar steigern sie mit der „Abgabe“ von Gütern an jüngere Frauen ihren sozialen Status, materiell aber steigen sie ab. Der geschrumpfte Besitz wird zwar z. T. von den betroffenen Frauen positiv bewertet, weil er in der Regel mit Statusgewinn einhergeht. Er steht aber gleichzeitig auch für eine unerwünschte Form der Armut (Verne 2007a: 230-239).

Dies geschieht aber nicht nur über Selbstzuschreibungen einer Gruppe, sondern auch über Fremdzuschreibung. Nicht selten folgt die Selbst- der Fremdzuschreibung. Akteure schreiben sich bzw. anderen Gruppen bestimmte Identitätskriterien zu, um sich von ihnen sozial abzugrenzen. Lentz hebt hervor, dass „ethnische Gruppen (...) nur im Plural, in Relation eines „Wir“ zu „anderen“ bestehen (Lentz 1995: 118). Diese Logik ist für zahlreiche ethnisch gefasste Gruppen während der Kolonisierung offen gelegt worden (Lentz 1995: 129-133; Elwert 1989: 27, 34). Des Weiteren werden ethnische Zugehörigkeiten mitunter von regionaler und religiöser Zugehörigkeit überlagert. Neubert zeigt für verschiedene Länder Westafrikas, dass Ethnizität mit einer regionalen Zugehörigkeit entlang eines Nord-Süd-Gegensatzes zusammenfällt (Elfenbeinküste, Ghana, Togo, Kamerun). In Nigeria überlappen sich regionale Zugehörigkeit und religiöse Identität (Hausa und Fulbe im Norden sind Muslime, Yoruba im Süden sind Christen) (Neubert 1997: 538).

Diese konstruktivistische Perspektive ist deshalb hilfreich, weil sie neben den Grundlagen vor allem den Sinn und Zweck ethnisch konstruierter Identitäten in den Augenschein nimmt. Die soziale Grenzziehung zu anderen kann auf unterschiedliche Handlungsrationaltäten zurückgehen. Zum einen kann Ethnizität als Mittel im Kampf um Macht politisiert werden, auch um den Zugang zu öffentlichen Positionen und Ressourcen zu sichern (vgl. den Abschnitt 5.2.3 weiter unten). Zum anderen kann Ethnizität auch als Mittel sozialer Schließung in der Auseinandersetzung um knappe Ressourcen nutzbar gemacht werden. Dieses Muster zeigte sich beispielsweise während der Kolonialzeit im Kupfergürtel des südlichen Afrikas, als es darum ging, Arbeitsplätze und anderen Ressourcen in den Minenstädten zu ergattern (Lentz 1995: 121). Schließlich kann Ethnizität ebenso als Mittel kultureller Kreativität zur Schaffung von Identität, Solidarität und sozialer Sicherheit in neuen sozialen Kontexten eingesetzt werden. So wird ethnische Identität wieder entdeckt, umgedeutet oder weiter entwickelt, um sich in einer sozial verändernden Welt Orientierung zu verschaffen. Für Afrika ist dieses Phänomen u. a. gut für ethnisch gefasste Vereinigungen in urbanen Zentren dokumentiert, die sich gegenseitig und Neuankömmlingen ihrer Gruppe Unterstützung bieten sowie in ihren Heimatregionen und -Dörfern helfen, soziale Einrichtungen aufzubauen und soziale Ereignisse wie Taufen, Hochzeiten oder Beerdigungen standesgemäß abzuhalten. Bei allen drei Handlungsrationaltäten zeigt sich die Relevanz von Ethnizität für sozioökonomische Differenzierungen. Ethnizität kann soziale Ungleichheiten schaffen und verschärfen, aber auch entschärfen, indem z. B. Ressourcen innerhalb der ethnisch definierten Wir-Gruppe weiter- und umverteilt werden. Insofern läuft Ethnizität quer zu vertikalen Differenzierungen.

Wie überall in der Welt sind Verwandtschaft und Familien auch in Afrika südlich der Sahara basale Strukturmuster von Gesellschaften. Die Untersuchung formaler Verwandtschaftsstrukturen und die sich davon ableitenden Regeln der Zuordnung von Individuen in Verwandtschaftsgruppen sowie ihrer genealogischen Beziehungen untereinander sind eines der klassischen Forschungsfelder der

Ethnologie. Im Gegensatz zu diesem strukturfunktionalistischen Ansatz in der Tradition von Radcliffe-Brown oder Malcom Ruel (Ruel 2002) stehen konstruktivistische Herangehensweisen, die den prozessualen Charakter von Verwandtschaftsbeziehungen und die Gestaltung von Verwandtschaft durch handelnde Akteure in den Vordergrund rücken, wie dies auch für das Strukturmerkmal der Ethnizität herausgearbeitet worden ist. Mit Bezug auf bestehende Kategorien wird Verwandtschaft geschaffen und geformt, welches die Terminologie des „kinning“ bzw. „de-kinning“ beschreibt. Für die vorliegende Arbeit und den angestrebten Analyserahmen sind insbesondere neuere Forschungen zu Familien und Verwandtschaft und sich verändernden Generationenbeziehungen im Zuge weitreichender Globalisierungsprozesse von Interesse (Alber & Häberlein 2010). So haben beispielsweise Migration, Lohnarbeit oder auch die zunehmend flächendeckende Medialisierung Einfluss auf die Vorstellung von Ehe, familiärer Arbeitsteilung oder individueller Selbstbestimmung insbesondere der jüngeren Generationen. Daraus resultieren sich verändernde soziale Praktiken, z. B. in Bezug auf die Heiratpraxis oder die reziproken Beziehungen zwischen Eltern und Kindern (Alber & Bochow 2006). Unter anderem werden die sich wandelnden materiellen und immateriellen Ressourcenflüsse zwischen Generationen und die damit verbundenen Verhandlungen und Konflikte analysiert (Alber & Häberlein 2011). Bereits Ende der 1980-er Jahre thematisierten Guyer und Peters Entscheidungs- und Verhandlungsmuster auf Haushalts- und Familienebene in ländlichen Gebieten Afrikas, d. h. wer zu welcher Art von Ressourcen Zugang hat und wie die Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau ausgestaltet ist (Guyer & Peters 1987: 200f.). Die Frage, wie Haushalte intern strukturiert sind und wie Muster der Entscheidungsfindung aussehen, ist in der Sozialstrukturanalyse zu Gesellschaften in den OECD-Staaten weitgehend ausgeblendet worden. Auch wenn Haushalte Träger von Lebensstilen sind, so bestehen sie doch aus individuellen Akteuren, die ihren Wertvorstellungen folgen und ihre Interessen verfolgen. Insofern bieten diese ethnologischen Studien wichtige Elemente für den Analyserahmen sozialer Differenzierung.

Weitere Aspekte soziokultureller Differenzierungen, die für den zu entwickelnden Bezugsrahmen von Relevanz sind, wurden in empirischen Fallstudien zu materieller Kultur herausgearbeitet. Diese zeigen die Relevanz von Konsumpraktiken für die Schaffung von Identität bzw. für Herrschaftsansprüche unterschiedlicher Gruppen (vgl. z. B. Baller 2002; Bauer 2007; Brandstetter 1999; Förster 2002; Tröger 1999). Bauer beispielsweise analysiert den Wandel von Kleidungspraktiken im Norden der Elfenbeinküste. Sie zeigt u. a., dass sich Gruppierungen bzw. Generationen durch verschiedene Kleidungsstile differenzieren, aber auch gegenseitig beeinflussen und Elemente der jeweils anderen aufnehmen. So handelte die ethnisch gefasste Gruppierung der muslimischen Dyula in vorkolonialer und kolonialer Zeit zwar mit importierten Garnen und Stoffen aus Europa, trug aber zunächst selbst keine Kleider westlichen Stils. In der Zeit nach der Unabhängigkeit und im Zuge verbreiteter Lohnarbeit durch

den Ausbau von Verwaltung und formaler Wirtschaftszweige aber begannen auch die Dyula, im städtischen Arbeitsalltag Anzüge und andere westliche Kleidung zu tragen. Ebenso ändern sich Kleidungsstile durch den Übergang in eine andere Lebensphase, jedoch behalten auch in der Elfenbeinküste mittlerweile formal Angestellte „jugendliche“ Kleidungsstile bei (Bauer 2007: 534-547).

Brandstetter wiederum stellt in ihrer Studie zu den *Sapeurs*⁸⁷ in den beiden Kongo-Staaten der 1970-er und 1980-er Jahre heraus, wie einiger dieser jungen Männer durch den „kontinuierlichen Aufbau einer Garderobe von hochwertiger Designerkleidung und deren ritueller Zurschaustellung bei Parties und in Tanzlokalen“ allmählich zu angesehenen Männern werden. Um sozial und hierarchisch aufzusteigen, müssen sich die *Sapeurs* in den jeweiligen Nachtclubs einen Namen und Anhängerschaft aufbauen. Dies geht letztlich nur, indem sie zum einen die Designerkleidung in Paris oder Brüssel erstehen, die im Kongo nicht verfügbar ist. Zum anderen aber gehört neben der angemessenen Kleidung auch ein gut genährter Körper und spezielle Frisuren zum Look eines *Grand*. Um dies finanzieren zu können, begeben sich viele *Sapeurs* in den illegalen Handel. Sie pendeln zwischen Europa und dem Kongo, um zu Hause ihre Erwerbungen demonstrativ zur Schau zu stellen, bevor sie endgültig zurückkehren. Obschon einige dieser *Sapeurs* über ihre Patron-Klientel-Netzwerke zu *Grands* aufsteigen und Macht aufbauen, gelingt es jedoch nicht vielen, diesen Status auch in ökonomischen Erfolg umzuwandeln (Brandstetter 1999: 60-63). Diese Beispiele zu den Konsumpraktiken unterschiedlicher Sub-Milieus weisen letztlich auf die Ausbildung von Lebensstilen hin, die durch stilisierte Konsumpraktiken zum Ausdruck kommen. Insofern schließen diese Studien durchaus an Lebensstilkonzepte an.

Auch wenn das von Macamo und Neubert vorgestellte Konzept der Produkte der Moderne⁸⁸ (*products of modernity*) vor allem für die Analyse sozialer Wandlungsprozesse angewendet wird, ist es auch im Zusammenhang dieser Arbeit relevant, weil solche Produkte sozioökonomische und soziokulturelle Differenzierungsprozesse in Gang setzen, verstärken oder abschwächen können. Diese lassen sich analytisch gut mit Lebensführungsmustern verbinden, weil Letztere weltweit im Zuge weitreichender Globalisierungsprozesse von der „Moderne“ mit einer spezifischen Vorstellungs- und vor allem Konsumwelt durchdrungen werden. Unter Produkten der Moderne verstehen Macamo und

⁸⁷ Dieser Ausdruck geht auf das französische, reflexive Verb *se saper* zurück, dass so viel wie „sich elegant, luxuriös und nach der letzten Mode kleiden“ bedeutet (Brandstetter 1999: 60).

⁸⁸ Unter Moderne verstehen Macamo und Neubert einen offenen Prozess, der typische Institutionen und Strukturen hervorbringt. Diese gehen zwar auf die Epochen der Aufklärung und Industrialisierung in Europa zurück, haben sich aber von ihren Ursprüngen gelöst und kommen auch in anderen Weltgegenden in unterschiedlicher Form vor. Die Moderne wird insbesondere durch den Kapitalismus und den modernen Nationalstaat vorangetrieben. Für die Autoren verläuft der Modernisierungsprozess in den verschiedenen Gesellschaften zwar höchst unterschiedlich, er ist deshalb aber weder völlig unstrukturiert noch offen (Macamo & Neubert 2008: 274).

Neubert eben nicht nur industriell gefertigte Konsumgüter, Werkzeuge, Fahrzeuge oder Maschinen, die relativ einfach zu handhaben sind. Sie umfassen auch komplexere Produkte wie Ideologien, (soziale) Techniken oder Organisationsmodi. Demnach sind auch gemeindebasierte Krankenkassenmodelle als neue, formelle Sicherungsformen ein komplexes Produkt der Moderne. Ihre Aneignung und Nutzung erfordert neben bestimmten Einstellungen vor allem Wissen. Deshalb sind zu ihrer Handhabung meist Expertensysteme nötig. Insofern stellen Produkte der Moderne eine gewisse Herausforderung für das Alltagsleben dar. Individuen, Gruppen oder ganze Gesellschaften müssen sich ein Stück weit neu ausrichten, um sie nutzen zu können. Die Einführung von Produkten der Moderne bringt letztlich neue Rollen, Berufe und Experten hervor, die wiederum Änderungen im Status- und Hierarchiegefüge und damit in der sozialen Ordnung hervorrufen. Moderne findet über die Einführung solcher Produkte Eingang in lokale Lebenswelten und wird so empirisch sichtbar. Produkte der Moderne werden allerdings erst durch die Globalisierung verfügbar und erfahrbar – sie werden damit nicht nur im afrikanischen Kontext von außen eingeführt. Macamo und Neubert veranschaulichen auch, welches Differenzierungspotenzial solchen Produkte inhärent ist. (Macamo & Neubert 2008: 283ff.)⁸⁹.

5.2.3. Soziopolitische Differenzierung entlang des Zugangs zu öffentlichen Ressourcen

Schließlich sind verschiedene Theoreme zu soziopolitischen Differenzierungen in afrikanischen Gesellschaften entwickelt worden, die z. T. empirisch getestet worden sind. Differenzierungsrelevant ist dabei insbesondere der Zugang zu Ressourcen des afrikanischen „Rentierstaates“. Im Gegensatz zu Armutsanalysen, die vor allem auf die schlechter gestellten Gruppierungen fokussieren, konzentrieren sich diese Arbeiten auf die oberen gesellschaftlichen Formationen. Im deutschsprachigen Raum haben Elsenhans mit dem Konzept der „Staatsklassen“ sowie Evers und Schiel mit dem Theorem der „strategischen Gruppen“ wesentliche Gruppierungen afrikanischer Sozialstruktur herausgearbeitet. Allerdings sind diese Gruppen über Patron-Klientel-Netzwerke⁹⁰ mit „unteren“ sozialen Lagen der Gesellschaft verbunden bzw. schließen diese ein.

⁸⁹ Solche Produkte werden aber im Prozess der lokalen Aneignung auch transformiert. Sie können je nach Adressat überdies attraktiv oder irrelevant sein, oder eine Bedrohung darstellen. Daher kommt es auch nicht selten zu Konflikten um ihre Aneignung und Kontrolle. Produkte der Moderne können auch ideologisch aufgeladen sein.

⁹⁰ Patron-Klientel-Beziehungen sind nach Weber-Pazmino dyadische, persönliche Beziehungen zwischen einem sozial bzw. ökonomisch höher stehenden Patron und seinem Klienten, die informell und freiwillig sind, und im Rahmen derer nicht festgeschriebene Leistungen auf reziproke Weise ausgetauscht werden. Während der Patron in der Regel Schutz, Sicherheit, Vermittlungsleistungen oder Interessenvertretung bietet, liefert der Klient Arbeits- und Dienstleistungen und vor allem Loyalität und Gefolgschaft. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn der Patron politische Ambitionen hat. Es handelt sich bei den Leistungen des Beziehungspartners um solche, die man selbst nicht oder nur schwerlich erbringen kann. Da in einer solchen sozialen Tauschbeziehung beschränkte und keine rechtlich gesicherten Sanktionen gegeben sind, spielt Vertrauen und damit die persönliche Interaktion zwischen den beiden Parteien eine gewichtige Rolle. Freiwillig sind solche

Vor dem Hintergrund einer schwach ausgebildeten, formellen Privatwirtschaft mit wenigen Industrien und Dienstleistungsbetrieben, die nicht genügend Arbeitsplätze und Einkommensmöglichkeiten für gut ausgebildete Kräfte bieten, wird der postkoloniale Staat zur Appropriationsinstanz (Bayart 1989). Dies ist deshalb der Fall, weil in den ärmeren Ländern Afrikas südlich der Sahara die wesentlichen Ressourcen von außen kommen und vom Staat kontrolliert werden – in der Regel Devisen aus Rohstoffverkäufen und Entwicklungshilfegelder. Diese Außenorientierung und -abhängigkeit eröffnet der politischen Elite bzw. den Angestellten der öffentlichen Verwaltung verschiedene Aneignungschancen, z. B. über die Besteuerung von landwirtschaftlichen Exportprodukten, die Abschöpfung von Gewinnen aus Vermarktungsorganisationen und (para-) staatlichen Unternehmen oder die Vergabe von Import- oder Transportlizenzen an das eigene Netzwerk oder gegen Bestechungsgelder (Elwert 1987: 300). Diese Einkommensmöglichkeiten, die keinen Arbeitseinsatz verlangen, werden als Renten bezeichnet. Eine solche Appropriationslogik kann letztlich nur aufrechterhalten werden, wenn Politik und Verwaltung kontinuierlich in Marktprozesse eingreifen und keine sicheren Rahmenbedingungen schaffen. So haben u. a. der erschwerte Zugang zu Import- und Transportlizenzen, unsichere Eigentumsrechte und kaum gegebene Einklagemöglichkeiten bei Vertragsbrüchen zur Folge, dass viele Wirtschaftsakteure nur begrenzt Kapital investieren, ihre Betriebe klein halten bzw. im informellen Sektor agieren (North 1990: 59, 65). Auf diese Weise verhindert der Staat paradoxerweise die Entfaltung einer ohnehin schwachen formellen Wirtschaft und fördert die Ausweitung der Parallel- bzw. Schattenökonomie. Dies führt außerdem dazu, dass die große Mehrzahl ihren Handel und ihr Gewerbe auf persönlichen Beziehungen aufbaut, um über soziale Kontrolle ihre wirtschaftlichen Transaktionen abzusichern (North 1990: 34, 55)⁹¹.

Für Elsenhans ist insbesondere die „Staatsklasse“ nicht nur Träger, sondern auch Nutznießer dieses Systems. Unter „Staatsklasse“ versteht Elsenhans

„(...) alle im öffentlichen Sektor (Verwaltungen und Staatsbetriebe) Beschäftigten, die gegenüber dem Durchschnitt der Arbeitskräfte über höhere

Beziehungen dann, wenn sie aufkündbar sind und dies keine physische oder psychische Gewalt nach sich zieht, um die jeweils andere Partei in der Beziehung zu halten. Beschränkte Alternativen und prekäre Lebensumstände, die insbesondere Klienten dazu zwingen mögen, diese Beziehungen einzugehen und nicht zu kündigen, fasst Weber-Pazmino als äußeren, strukturellen Zwang. Zumindest muss die Wahl zwischen Eingehen und Ausschlagen der Beziehung gegeben sein (Weber-Pazmino 1991: 67-93).

⁹¹ Insofern beschränkt sich in Afrika südlich der Sahara die Moralökonomie, d. h. die den Markt ordnenden informellen Normen, formellen Regelungen und Institutionen, vor allem auf persönliche Reziprozität. Generalisierte Reziprozität, d. h. wirtschaftliche Transaktionen zwischen anonymen Partnern, die u. a. auf einklagbaren Eigentums- und Vertragsrechten basieren, ist hingegen weit weniger ausgeprägt. Letztere verlangt laut Elwert die Ausbildung von bestimmten Teilbereichen der Moralökonomie, z. B. Kirchen, Wohlfahrtsverbände oder Vereinigungen zur gegenseitige Hilfe und Absicherung, die die Einhaltung bestimmter Werte und Rechte fordern und so in Richtung einer imaginären Gemeinschaft arbeiten, in der es keiner persönlichen Beziehungen bedarf, um Zugang zu öffentlichen Gütern zu erhalten (Elwert 1987: 314ff.).

Einkommen, höhere Partizipationsmöglichkeiten und ein höheres Prestige verfügen (...). Die übrigen im staatlichen Sektor Beschäftigten sind nicht Teil der Staatsklasse (...). Sie sind organische Klientel der Staatsklasse“ (Elsenhans 1981: 121f.).

Kößler hingegen präzisiert das Konzept der Staatsklasse insofern, als über Hybridierungsprozesse, das heißt die „Verknüpfung unterschiedlicher Gruppierungen mit diversen Appropriationsformen“ (Kößler 1994: 182) auch Eliten⁹² entstehen, die eben nicht nur im öffentlichen Sektor verankert sind, sondern in der Privatwirtschaft. Beide - Unternehmer, die beispielsweise von Importlizenzen profitieren sowie Staatsangestellte, die Renten als Startkapital nutzen, um dann z. B. im Handel Fuß zu fassen – profitieren von der engen Verschränkung von Staat und Markt. Im letzteren Fall führen dann oft Familienangehörige diese Betriebe, während der im öffentlichen Sektor Beschäftigte den Zugang zum Staat sichert (Elsenhans 1997: 162; Kößler 1994: 165).

Im Zusammenhang mit Hegemonialkämpfen um den Zugang zu staatlichen Ressourcen und Marktchancen innerhalb soziopolitisch stark fragmentierter afrikanischer Gesellschaften hat Bayart den Begriff der reziproken Assimilation von Eliten eingeführt. Bayart führt aus, dass durch die vielerorts traditionell zersplitterten afrikanischen Gesellschaften (zum Beispiel in segmentäre, dezentral organisierte Verwandtschaftsgruppen) auch die herrschenden Fraktionen immer darauf angewiesen waren, der zu starken Fraktionierung durch Kooptation, Koalitionen und Heiratsallianzen mit konkurrierenden Gruppen entgegenzuwirken. So muss Herrschaft kontinuierlich legitimiert und abgestützt werden. Dieses Phänomen ist für die Elfenbeinküste unter Houphouët-Boigny oder den Senegal (in Bezug auf die Marabouts) und Tansania (mit Blick auf Großbauern) herausgearbeitet worden (Bayart 1989: 234, 251).

Das Theorem der „strategischen Gruppen“ unterstreicht die Formen horizontaler Integration, wie sie sich in Hybridierungsprozessen und der reziproken Assimilation von Eliten äußern. Nach Evers und Schiel bestehen strategische Gruppen aus

„(...) Personen, die durch ein gemeinsames Interesse an der Erhaltung oder Erweiterung ihrer gemeinsamen Aneignungschancen verbunden sind. Diese Appropriationschancen beziehen sich nicht ausschließlich auf materielle Güter, sondern können Macht, Prestige, Wissen oder religiöse Ziele beinhalten“ (Evers & Schiel 1988: 10).

Strategische Gruppen sind demnach Gruppen, die Positionen im Staat oder Zugang zu ihnen haben, und die sich entlang ethnischer, regionaler, verwandtschaftlicher,

⁹² Unter Elite kann „eine durch besondere Merkmale ausgezeichnete (...) und aus der „Masse“ der Bevölkerung herausgehobene Schicht verstanden“ werden (Schäfers 1995: 53), wobei im afrikanischen Kontext der Zugang zu Positionen und Ressourcen des Staates ein solches Merkmal ist.

oder religiöser Zugehörigkeit bzw. sozioökonomischer Lage bilden. Sie zeichnen sich zudem durch einen prozessualen und kontextuellen Charakter aus, können also im Konkurrenzkampf mit anderen Gruppen je nach Interessenlage erweitert, begrenzt, neu aufgebaut oder aufgelöst werden⁹³. Neubert weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass durchaus Formen vertikaler Integration bestehen, die sozioökonomisch unterschiedliche Gruppierungen verbinden. Dazu gehören vor allem erweiterte Verwandtschaftsnetze und Patron-Klientel-Beziehungen, die vertikal ausgebildete Formen sozialer Organisation sind und über die Macht ausgeübt sowie (knappe) Ressourcen verteilt und reguliert werden. Patron-Klientel-Systeme können Bestandteil strategischer Gruppen sein (Kößler 1994: 184). Während Klienten in der Regel materielle Güter erhalten, können Patrone symbolisches Kapital (d. h. Ehre, Anerkennung und Gefolgschaft) anhäufen, das in der Folge zunächst politisch und dann auch ökonomisch eingesetzt werden kann. Er betont, dass sozioökonomisch relevante Leistungen vor allem für die Klienten bisher konzeptionell kaum angemessen erfasst worden sind (Neubert 2005: 188). Solche Patron-Klientel-Beziehungen, die sich z. B. entlang ethnischer Zugehörigkeit bilden, bestehen zum Teil aus ganzen dyadischen Ketten und gar Pyramiden, an deren Spitze ein Patron steht, wobei die ihm untergebenen Klienten wiederum Patrone weiter unten stehender Klienten sind und zugleich Mittler zwischen ihrem Patron und ihren Klienten. Patron-Klientel-Systeme stellen vor allem für die „unteren“ Gruppierungen Sicherungsmechanismen dar. Sie durchziehen Gesellschaften und verbinden insbesondere die politische mit anderen gesellschaftlichen Sphären. Dieser strukturelle Umstand sorgt dafür, dass die Vermischung von politischer und ökonomischer Sphäre sowie die Nutzung öffentlicher Güter für private Zwecke gesellschaftlich akzeptiert ist, weil noch immer viele Gruppierungen quer durch die sozioökonomischen Lagen davon profitieren, wenn auch auf ungleiche Weise.

Wie Olivier de Sardan und Bierschenk zeigen, können infolge der Dezentralisierung der Entwicklungszusammenarbeit Renten zunehmend auch auf lokaler Ebene abgeschöpft werden (Olivier de Sardan & Bierschenk 2003; Olivier de Sardan & Bierschenk 1993). Dies gilt insbesondere für einige frankophone afrikanische Länder, die stark von internationaler Entwicklungshilfe abhängig sind. Im Zuge der seit Ende des Kalten Krieges eingeleiteten Demokratisierungsprozesse suchen nicht nur Nicht-Regierungsorganisationen und Stiftungen, sondern auch bilaterale Entwicklungsagenturen sowie europäische Städte und Gemeinden vermehrt die direkte Zusammenarbeit mit lokalen Partnern und den Begünstigten selbst. Zum Aufbau von solchen zuvor kaum bestehenden Verbindungen braucht es aber Mittler. Olivier de Sardan und Bierschenk bezeichnen diese „neue“ soziale Gruppierung als lokale Entwicklungsmakler (frz. *courtiers locaux de développement*). Entwicklungsmakler tragen dazu bei, „externe Ressourcen aus dem Bereich der „Entwicklungshilfe“ in eine Lokalität zu leiten, in der er selbst eine

⁹³ Neelsen kritisiert, dass das Konzept der strategischen Gruppen ebenso wie das Phänomen der reziproken Assimilation von Eliten lediglich auf die oberen Formationen der Gesellschaft fokussiert (Neelsen 1988).

politische Rolle spielt oder zu spielen versucht“ (Bierschenk 1998: 323). Dies können lokale Dorfcheads oder Verwaltungsangestellte, aber auch zurückgekehrte Migranten oder Hochschulabbrecher aus der Lokalität sein. Damit Entwicklungsmakler in einer komplexen, sozialen Arena ihre Funktion tatsächlich erfolgreich ausüben können, müssen sie sowohl über Verhandlungs- und Führungsgeschick als auch Zugang zu den Geberorganisationen und den traditionellen lokalen Machträgern verfügen. Dazu gehört, die jeweils gängigen Schlüsselbegriffe und –Konzepte des entwicklungspolitischen Diskurses zu beherrschen und die unterschiedlichen kulturellen Codes „übersetzen“ zu können. Ihre Daseinsberechtigung und sozialer Status leiten sich einerseits daraus ab, dass sie die Welt der Geber kennen und externe Entwicklungshilfe-Renten tatsächlich mobilisieren können. Andererseits müssen sie glaubhaft machen können, dass sie den lokalen Partnern und Begünstigten sozial nahe sind und deren Bedürfnisse kennen. Durch die Entstehung von Entwicklungsmaklern neben den traditionellen Patronen, die die staatlich-nationale mit der lokalen Ebene verbinden, differenzieren sich klientelistische Beziehungen auf lokaler Ebene aus (Bierschenk 1998: 323f.).

5.3. Analytischer Bezugsrahmen für das ländliche Mali

Angeichts des Mangels an umfassenden Analysemodellen für die Untersuchung sozialer Differenzierungen in afrikanischen Gesellschaften, baut der im Folgenden vorgestellte Bezugsrahmen auf dem Konzept der Lebensstile auf. Die drei Dimensionen – materielle und kulturelle Ressourcen, Familien- und Haushaltsform sowie Werthaltungen – konstituieren auch in afrikanischen Gesellschaften Lebensführungsmuster. Wie unter 5.3.1 dargelegt, wird dieser Begriff als Synonym für „Lebensstile“ verwendet. Jedoch haben die vorausgegangenen Ausführungen gezeigt, dass das Konzept der Lebensführungsmuster nicht einfach übertragen werden kann. Sozioökonomische Kategorien, wie sie die Armuts- und Verwundbarkeitsanalysen sowie der Bielefelder Verflechtungsansatz beinhalten, sind ebenso relevant wie Elemente der Konsum- und Familienstudien bzw. die Kategorie der Entwicklungsmakler im Rahmen lokaler soziopolitischer Dynamiken.

5.3.1. Elemente des Bezugsrahmens

Der Bezugsrahmen geht von Müllers analytisch klarem Lebensstilkonzept aus, auch wenn dieses in der empirischen Sozialstrukturanalyse bisher vornehmlich zur Abbildung von Differenzierungen auf der ästhetisch-expressiven Ebene (Konsumpräferenzen, Geschmackskulturen) eingesetzt wurde (Band & Müller 2001: 427). Darum wird auch das in der Lebensstildefinition Müllers enthaltene Synonym der „Lebensführungsmuster“ verwendet, weil dieser Begriff nicht mit Stil- und Geschmackskulturen gleichgesetzt wird, die in der vorliegenden Studie nicht im Zentrum stehen. Müller selbst verweist auf die Problematik der Gleichsetzung von Konsummustern und Lebensstilen (Müller 1992b: 132f.). Müllers Lebensstilkonzept ist überdies auch deshalb für die hier verfolgte Forschungsfragestellung brauchbar, weil es nicht nur sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte der Lebensführung

analytisch verknüpft, sondern auch durch die Haushaltsstruktur ergänzt. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass sich auch in ländlichen, afrikanischen Gesellschaften Lebensführungsmuster nicht nur auf Existenzsicherung beschränken. Zugleich geht Müller in seinem Konzept von einer gewissen Freiwillig- und Andersartigkeit von Lebensführungsmustern aus. Ein solches Verständnis ist zwar von den vielfältigen Optionen und Wahlmöglichkeiten geprägt, die sich für viele Menschen in Gesellschaften der OECD-Staaten bieten. Trotz ökonomisch prekärer Rahmenbedingungen gilt auch für ländliche Bevölkerungen Afrikas südlich der Sahara, dass ihre Lebensführungsmuster nicht homogen bzw. determiniert sind. Auch sie haben - ausgehend von einer gegebenen Ressourcenausstattung und Palette an Wahlmöglichkeiten – einen gewissen Gestaltungsraum, im Rahmen dessen sie über die Nutzung und Umsetzung dieser Optionen unterschiedlich entscheiden. Diese Wahl wird auch durch individuelle bzw. Gruppenpräferenzen sowie leitende soziale Werte und Normen strukturiert, die sich im Gegensatz zur Ressourcenausstattung nicht für eine Einordnung in „oben und unten“ eignen. Schwinn betont, dass

„(...) es beim Vergleich von Lebensführungen zwischen Personen oder Gruppen nicht in allen Belangen um die relative Besser- oder Schlechterstellung, sondern in einer Vielzahl von Aspekten lediglich um Andersartigkeit (...)“ (Schwinn 2001: 30)

geht⁹⁴. Bei diesen Aspekten handelt es sich um Sinn- und Orientierungsrationalitäten einschließlich Wertorientierungen⁹⁵. Die Freiwillig- und Andersartigkeit von Lebensführungsmustern ist im Zusammenhang dieser Forschung deshalb von Belang, weil die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung freiwillig ist. Zudem soll überprüft werden, inwiefern neben der materiellen Ressourcenausstattung Werthaltungen und Einstellungen sowie die interne Familien- bzw. Haushaltsstruktur einen Einfluss auf die Beitrittsentscheidung haben. **Danach konstituieren sich die jeweiligen Lebensführungsmuster aus unterschiedlichen Kombinationen bzw. Wechselwirkungen sozioökonomischer Charakteristika und soziokultureller Orientierungen von Haushalten sowie ihrer internen Struktur einschließlich ihrer Einbindung in eine weiter gefasste Familie und andere soziale Netzwerke.** Träger von Lebensführungsmustern sind in der Regel Haushalte, Familien oder andere Gruppen, die gemeinsam leben, für gewöhnlich gewisse Ressourcen und Werte teilen. Das heißt aber nicht, dass die einzelnen Haushalts- bzw. Gruppenmitglieder nicht auch eigene Wertorientierungen oder Konsumpräferenzen haben, welche sie z. T. mit

⁹⁴ Schwinn bemerkt außerdem dazu: „Genauso wenig wie die verschiedenen Werte und Codes der differenzierten Institutionen auf der Makroebene lassen sich auch die Sinn- und Orientierungsrationalitäten auf der Subjekt- oder Lebensführungsebene in ein Bewertungskontinuum bringen“ (Schwinn 2001: 30).

⁹⁵ Dennoch werden auch Werthaltungen z. T. sozial bewertet, so dass sie sich in sozioökonomisch vorteilhaften oder nachteiligen Lebenschancen niederschlagen können.

anderen sozialen Einheiten (z. B. entlang von Alter und Geschlecht) teilen (zu Details siehe Kapitel 8.3.1).

Für eine lokal angepasste Übersetzung und Operationalisierung dieser drei konstituierenden Elemente von Lebensführungsmustern wurden Kategorien aus unterschiedlichen Analyseansätzen hinzugezogen. Für die sozioökonomischen Charakteristika waren die Kapitalarten des Lebenshaltungsansatzes (physisches, finanzielles, natürliches und menschliches Kapital) sowie Güterkategorien aus verschiedenen ethnologischen bzw. gesundheitsbezogenen Haushaltsstudien hilfreich, wobei Letztere klassische sozioökonomische Variablen verwenden (vgl. u. a. Löfwander 1983: 38-42; Mwageni et al. 2005: 31f.; Gwatkin 2005: 201). Ihnen ist aber gemein, dass sie nicht auf Einkommens- oder Ausgabenberechnungen beruhen. Demnach umfasst der sozioökonomische Bereich beispielsweise den Tierbestand sowie die Güterausstattung des Haushalts, seine Tätigkeiten und Einkommensquellen sowie sein Sparverhalten und Bildungsniveau (siehe im Detail Kapitel 8 zum angewendeten Methoden-Mix). Dem Verflechtungsansatz wurde insofern Rechnung getragen, als die Tätigkeiten aller Haushaltsmitglieder berücksichtigt werden.

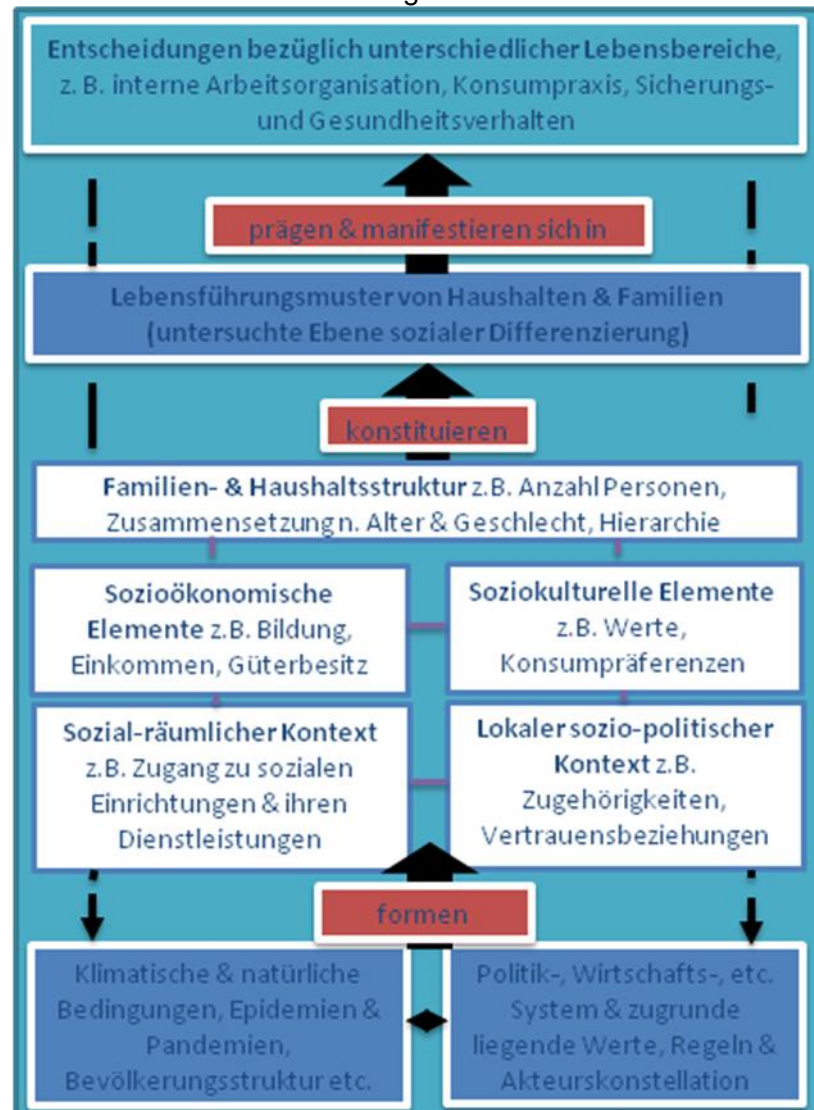
Soziokulturelle Orientierungen beinhalten die maßgeblichen Werthaltungen, Einstellungen und Präferenzen, die den Haushalt in seinen Sinn- und Orientierungsrationalitäten leiten. Die Verknüpfung mit sozioökonomischen Elementen zeigt sich z. B. anhand der Konsumpraxis von Haushalten. Diese sind nicht nur durch eine gegebene Ressourcenausstattung und bestehende Konsumangebote bestimmt, sondern auch durch lebensleitende Werte und Konsumbedürfnisse geprägt⁹⁶. Zwar verfolgen Haushaltsmitglieder auch unterschiedliche Wertorientierungen und Konsumbedürfnisse, die sie jeweils eher mit anderen sozialen Einheiten teilen (z. B. entlang von Alter und/oder Geschlecht). Dennoch werden innerhalb von Haushalten intergenerationell Werte übertragen und gemeinsam Ressourcen beschafft bzw. geteilt (siehe weiter unten den Abschnitt zur Definition von Haushalten als Untersuchungseinheiten dieser Forschung im Kapitel 8.3.1). Da es jedoch in dieser Studie um die Nutzung von Krankenversicherungssystemen ging, über die in der Regel von Familien- und Haushaltsvorständen entschieden wird, sind in der vorliegenden Untersuchung vor allem Werthaltungen der Haushaltsvorstände abgefragt worden, die gemäß der zugrunde gelegten Hypothesen für die Frage der Krankenkassenmitgliedschaft potenziell relevant sind.

Auch die interne Haushaltsstruktur ist mit sozioökonomischen Charakteristika und soziokulturellen Orientierungen eng verknüpft. Beispielsweise wirkt sich die wert- bzw. ressourcenbasierte Entscheidung eines malischen Mannes, für

⁹⁶ Allerdings wird in dieser Forschung nicht beleuchtet, aus welchen subjektiv empfundenen Intentionen und Motiven Menschen Güter erwerben (z. B. als Mittel der Distinktion), welche Bedeutung sie für die Nutzer haben und wie mit ihnen umgegangen wird. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass Konsummotive eine wichtige Grundlage für die Ausformung von Lebensstilen darstellen und Letztere sich im Umgang mit Konsumgütern manifestieren (Hahn 2005: 54f.).

Polygamie oder Monogamie zu optieren, auf die Haushaltsstruktur aus. Sie bestimmt maßgeblich, wie viele Personen im Haushalt leben, welchen Alters sie sind und wer für welche Lebensbereiche zuständig ist.

Abbildung 1: Bezugsrahmen sozialer Differenzierung auf Ebene von Lebensführungsmustern



Quelle: Eigene Darstellung, aufbauend auf Müller (1989)

Entsprechend der Forschungsfragestellung und des lokalen Kontexts fasst der Bezugsrahmen zusätzliche Elemente, die Lebensführungsmuster ebenso strukturieren. Diese können entweder dem hier als sozial-räumlich oder dem als soziopolitisch bezeichneten Kontext zugeordnet werden. Während die sozioökonomischen Charakteristika von Haushalten mit beiden Kontexten verkoppelt sind, sind die soziokulturellen Orientierungen vor allem mit dem soziopolitischen Kontext verknüpft. Zur Übersetzung des soziopolitischen Kontexts wurde z. T. auf Kategorien zurückgegriffen, wie sie die weiter oben vorgestellten

theoretischen und empirischen Arbeiten zu soziopolitischen Differenzierungen in afrikanischen Gesellschaften herausgearbeitet haben.

In den sozial-räumlichen Kontext fallen im Rahmen dieser Studie insbesondere Elemente, die den Zugang zu sozialen Einrichtungen und ihren Leistungen ausmachen. Dabei geht es vor allem um Verfügbarkeit, geographische Erreichbarkeit und Erschwinglichkeit (Preise) unterschiedlicher Gesundheitsdienste sowie Sicherungsmechanismen einschließlich ihres Umfangs und ihrer Qualität. Dazu gehören formelle Sicherungsformen wie Krankenkassen oder Einrichtungen wie Schulen und Gesundheitszentren. Ihre Ausgestaltung spiegeln u. a. das Gesundheits- oder Bildungssystem und ihre jeweiligen zugrundeliegenden Werte und Regeln wider. Aber auch informelle Dienste, wie sie „traditionelle“ Heiler anbieten, und familiäre Sicherungsformen fallen in diesen Bereich.

Der Zugang zu solchen Einrichtungen ist aber nicht nur eine Frage der Verfügbarkeit, geographischen Erreichbarkeit oder finanziellen Erschwinglichkeit. Er hängt auch vom jeweiligen soziopolitischen Lokalkontext ab. Im Rahmen dieser Arbeit geht es hierbei vornehmlich um Zugehörigkeiten zu Netzwerken, Gruppen und Organisationen sowie um Vertrauen und Macht innerhalb lokaler Beziehungsgeflechte. Beziehungen zu Lokalbeamten und –Politikern, Dorfchefs, Imamen oder anderen einflussreichen Personen können den Zugang maßgeblich regulieren⁹⁷. Diese können die Form von Patron-Klientel-Beziehungen annehmen, die zwar z. T. politisch aufgeladen, aber reziprok angelegt sind und innerhalb derer beide Seiten Leistungen bereitstellen (Neubert 2005: 180). In der Logik des Lebenshaltungsansatzes fasst der soziopolitische Kontext dieses Bezugsrahmens das soziale und politische Kapital, das Individuen oder Haushalte mobilisieren können. In Bezug auf die Bereitschaft zum Krankenkassenbeitritt mag mitentscheidend sein, wie sich Meinungsführer zur Versicherung stellen, in welchem Verhältnis sie zur Krankenkassenführung stehen, welcher sozialer Herkunft die Krankenkassenverantwortlichen sind und ob ihnen Vertrauen entgegengebracht wird. Auch Zugehörigkeiten zu Gruppen oder Organisationen wie Dorf- und Frauenvereinigungen bzw. Kooperativen können Einfluss auf die Beitrittsentscheidung haben.

Der soziopolitische Kontext wiederum beeinflusst soziokulturelle Orientierungen von Haushalten. Zugehörigkeiten zu sozialen Netzwerken wie ethnisch gefassten Gruppen prägen ihre Wert- und Handlungsorientierungen. So sind auch der Umgang mit Krankheit und Prozesse der Gesundung in Wertezusammenhänge und Beziehungsgeflechte eingebettet, die durch Vertrauen und Reziprozität, d. h. durch institutionalisierte Prozesse des Gebens und Nehmens strukturiert sind.

Schließlich werden Lebensführungsmuster, die sich auf der Mikroebene konkreter Lebenswelten manifestieren, durch gegebene Rahmenbedingungen auf

⁹⁷ So hat der Dezentralisierungsprozesses in einigen Gesellschaften Afrikas südlich der Sahara neue Akteure hervorgebracht, beispielsweise Gemeinderäte, Bürgermeister und die oben genannten lokalen Entwicklungsmakler (Olivier de Sardan & Bierschenk 1993), die wiederum Einfluss auf das Machtgefüge hat.

der Makroebene geformt. Zwar steht diese Ebene nicht im Fokus der Forschung. Aber es handelt sich um wichtige Kontextbedingungen, die die Möglichkeiten sozialer Differenzierung erheblich vorstrukturieren. Es handelt sich um Ordnungen oder Teilsysteme, die gleichermaßen soziökonomische Lebenschancen und soziokulturelle Orientierungen wie auch den lokal erfahrbaren sozial-räumlichen und soziopolitischen Kontext prägen (Schwinn 2001: 29f.). So gibt es das Politik-, Wirtschafts- oder Religionssystem, die auf jeweils spezifischen Werten (oder Codes), Regeln und Akteurskonstellationen beruhen. Beispielsweise strukturieren sowohl Regelungen sozialpolitischer Ordnungen als auch Berufsfunktionen im Wirtschaftssystem Einkommenschancen und tragen so zu sozioökonomischen Ungleichheiten bei. Moralvorgaben des religiösen Systems z. B. im Bereich der Sexualität prägen vorherrschende Werthaltungen in Haushalten und letztlich ihre interne Struktur. In Bezug auf die vorliegende Forschung sind lokale Krankenversicherungen Produkte des Politiksystems (und des Teilbereichs internationaler Entwicklungspolitik), die aber erst im sozial-räumlichen Kontext konkret erfahrbar werden⁹⁸.

Ein Element des Lebenshaltungsansatzes ist für die genauere Beschreibung der Kontextbedingungen von Lebensführungsmustern äußerst hilfreich: der „Verwundbarkeits- und Opportunitätskontext“. Er fasst externe Einflüsse wie klimatische und Umweltbedingungen, Epidemien und Pandemien, die Bevölkerungsstruktur oder technologische Entwicklungen, die insbesondere auf sozioökonomische Lebenschancen Einfluss nehmen. Dieser Bereich steht in enger Wechselwirkung mit den Teilsystemen. Z. B. muss das Politiksystem auf Einflüsse wie veränderte Klimabedingungen oder Bevölkerungsstrukturen reagieren.

So wie einerseits externe Einflüsse und Teilsysteme in ihren Wechselwirkungen die Ausdifferenzierung von Lebensführungsmustern strukturieren, so stellt das Zusammenwirken beabsichtigter und unintendierter Handlungsfolgen unterschiedlicher Individuen und Gruppen die Teilsysteme vor Herausforderungen, denn es verursacht z. T. neue Einflüsse. Das folgende Beispiel veranschaulicht diese Wechselwirkungen: In ländlichen afrikanischen Haushalten und Familien ist Mangelernährung unter Kindern noch immer verbreitet (Krings 2006: 54). Zum einen ist die Ernährung vieler ländlicher Familien einseitig ausgerichtet, obschon sie vermehrt Gartenbau bzw. Gemüseanbau betreiben. Die Produkte werden aber vor allem für den Markt zur Einkommensgenerierung angebaut und weniger für den Eigenbedarf. Kleinkinder leiden auch deshalb unter Proteinmangel, weil sie und die Frauen in vielen ländlichen Gegenden Malis nach den Männern und damit die übrig bleibende Nahrung essen (Krings 2006: 66). Schließlich sind Kinder auch mangelernährt, da sie durch ihre älteren Geschwister versorgt werden, während ihre Mütter neben Haushaltstätigkeiten auch vermehrt landwirtschaftliche Arbeiten übernehmen müssen. Diese erhöhte Arbeitslast geht auf

⁹⁸ Im Lebenshaltungsansatz sind diese beiden Bereiche unspezifischer unter „Politiken, Institutionen, Organisationen und Prozessen“ zusammengefasst.

die Abwesenheit der jüngeren Männer zurück, die in der Trockenzeit in städtischen Räumen, im Bergbau oder auf Plantagen im In- und Ausland arbeiten, um Familie und Haushalt mit Bargeld zu versorgen.

Das Beispiel der Mangelernährung als weit verbreitetes Gesundheitsproblem in Afrika südlich der Sahara zeigt, wie bestimmte soziokulturelle Orientierungen (Männer essen vor Kindern und Frauen), aber auch sozioökonomische Muster der Haushalte (Gemüseanbau für den Markt, Wanderarbeit) letztlich gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen (weit verbreitete Mangelernährung unter Kindern mit möglichen Folgeschäden) schaffen, die ihrerseits auf die Lebensführungsmuster der Haushalte rückwirken. Die Entwicklungspolitik wiederum reagiert mit Informationskampagnen oder der Verteilung von Vitaminzusätzen auf die schlechte Gesundheitssituation.

Die sich aus dem jeweiligen Zusammenspiel der vielfältigen Elemente ergebenden Muster der Lebensführung prägen die Strukturen der Entscheidungsfindung. Dies bedeutet, dass die jeweiligen Lebensführungsmuster Einfluss darauf haben, wer an der Entscheidungsfindung bezüglich unterschiedlicher Lebensbereiche beteiligt wird und wie letztlich diese Entscheidungen gefällt werden. Dies betrifft auch die Entscheidung bezüglich der Krankenkassenmitgliedschaft. Ressourcenausstattung und Einstellungen spielen genauso eine Rolle, wie das verfügbare Angebot an formellen und informellen Sicherungsmechanismen sowie die Einbindung in soziale Netzwerke. Insofern spiegeln sowohl das Sicherungs- und Gesundheitsverhalten als auch die Strukturen der Entscheidungsfindung die Lebensführungsmuster der jeweiligen Haushalte wider.

5.3.2. Strukturanpassungsmaßnahmen und veränderte Lebensführungsmuster – ein Anwendungsbeispiel

Die Brauchbarkeit dieses analytischen Bezugsrahmens für die Erklärung sozialer Differenzierungsprozesse lässt sich gut am Zusammenhang von Strukturanpassungsmaßnahmen und veränderten Lebensführungsmustern im ländlichen Afrika illustrieren, den Bryceson in ihrem Artikel „The Scramble in Africa: Reorienting Rural Livelihoods“ thematisiert (Bryceson 2002). Danach haben die durch die Weltbank, den Internationalen Währungsfond und die jeweiligen nationalen Regierungen lancierten Strukturanpassungsprogramme der 1980-er Jahre (politisches Teilsystem) paradoxerweise das Gegenteil dessen bewirkt, was eigentlich mit ihnen beabsichtigt wurde: die Steigerung von exportorientierter Produktion und Einkommen kleinbäuerlicher Betriebe. Auf Ebene des hier als sozial-räumlichen bezeichneten Kontext standen vielen afrikanischen Kleinbauern im Zuge der Marktliberalisierung keine staatlich subventionierten landwirtschaftlichen Inputs wie Saatgut, Dünger und Pestizide mehr zur Verfügung. Anstatt dessen mussten sie diese zu Marktpreisen über private Händler kaufen, die wiederum kaum in entlegene, ländliche Gebiete vordrangen. Die erhöhten Preise und der verschlechterte geographische Zugang zu Inputs führten zu einem Rückgang der kommerziellen, exportorientierten Landwirtschaft, zumal die Weltmarktpreise für

Produkte wie Baumwolle, Kakao oder Palmöl gleichzeitig sanken⁹⁹. Weitere Faktoren, die den zuvor beschriebenen externen Einflüssen zugeordnet werden können, trugen dazu bei, dass sich im Laufe von 20 Jahren viele kleinbäuerliche Familienbetriebe verstärkt auf die Produktion für den Eigenbedarf und den Aufbau diverser Einkommensquellen außerhalb der Landwirtschaft konzentrierten¹⁰⁰. Mitte der 1990-er Jahre bestritten die im Rahmen des DARE-Programms untersuchten Haushalte bereits 60-80% ihres Einkommens aus nicht-landwirtschaftlichen Aktivitäten (Bryceson 2002: 730)¹⁰¹. Durch die staatlichen Kürzungen sank die Anzahl Arbeitsplätze in öffentlichen Diensten, sowohl in der Stadt als auch in ländlichen Gegenden. Stattdessen mussten auch viele Migranten in ihre Heimatregionen zurückkehren, wo allerdings aufgrund des Bevölkerungswachstums und der Landknappheit die Möglichkeiten für eine existenzsichernde Landwirtschaft beschränkt waren. Gleichzeitig wollten weder zurückkehrende Migranten noch die Jungen in ländlichen Gegenden in der Landwirtschaft arbeiten, was auf Veränderungen ihrer soziokulturellen Orientierungen hindeutet. Dies führte z. T. dazu, dass Kleinbauern ihr Land an die wenigen Großbauern verpachteten und sich selbst als Lohnarbeiter verdingten. Schließlich fielen mit der Marktliberalisierung Beschränkungen des informellen Wirtschaftssektors, was den Aufbau nicht-landwirtschaftlicher Aktivitäten zusätzlich förderte.

Durch den Wechsel zu nicht-landwirtschaftlichen Einkommensquellen ergaben sich nicht nur Veränderungen auf Ebene der sozioökonomischen Produktionsweise und Ressourcen von Haushalten, sondern auch in Bezug auf ihre interne Struktur. Aufgrund von Subventionsstreichungen sowie der Einführung von Nutzungsgebühren für Gesundheitsdienste und Schulgeldern stieg gleichzeitig der Bargeldbedarf von Haushalten. Ebenso wuchsen nicht nur die Ausgaben für Lebensmittel und soziale Ereignisse wie Hochzeiten und Taufen, sondern auch die Konsumbedürfnisse stiegen durch eine größere Auswahl importierter Güter. Daher mussten nun auch Jugendliche und Ehefrauen zur Finanzierung des Lebensunterhalts beitragen. Bryceson schreibt dazu:

„What is apparent is that rural men have generally accepted that their wives and daughters need to work outside the home to earn money” (Bryceson 2002: 732).

Während sich Jugendliche und junge Unverheiratete vornehmlich im Handel engagieren, konzentrieren sich die Ehefrauen in vielen ländlichen Gegenden auf Aktivitäten außerhalb der Landwirtschaft, die wenig Startkapital benötigen und auf

⁹⁹ Bryceson weist auf einen durchschnittlichen Rückgang des Jahreseinkommens aus landwirtschaftlichen Aktivitäten von 71% hin (Zeitraum: 1979-1992) (Bryceson 2002: 728).

¹⁰⁰ Jene, die weiterhin kommerzielle Landwirtschaft betrieben, wechselten zu Anbaupflanzen, die weniger Inputs benötigen und mehrmalige Ernten pro Jahr ermöglichen, was das Ausfallrisiko senkt: Tomaten, Kartoffeln und Bananen (Bryceson 2002: 728).

¹⁰¹ Ihre Ausführungen beruhen auf Ergebnissen des *Deagrarianization and Rural Employment (DARE) Research Program* (1996-98) in sechs afrikanischen Ländern: Äthiopien, Tansania, Nigeria, Malawi, Simbabwe und Südafrika (Bryceson 2002: 726).

den Verkauf hausgemachter Produkte ausgerichtet sind: z. B. Snacks, Bier oder Seife. Die Verwendung ihres Einkommens konnten Frauen nun größtenteils selbst bestimmen (Bryceson 2002: 732f.).

Die Durchführung von Strukturanpassungsprogrammen löste letztlich sozialen Wandel auf Ebene von Lebensführungsmustern aus. Haushalte mussten sich an die veränderten Kontextbedingungen anpassen, indem sie ihre Einkommenstätigkeiten neu ausrichteten und diversifizierten. Damit ging eine Reststrukturierung der Arbeitsteilung und Verantwortlichkeiten einher. Die Rolle von Ehefrauen und Kinder für die Sicherung des Lebensunterhalts wurde zusehends wichtiger und mündete schließlich in veränderte Entscheidungs- und Machtstrukturen innerhalb der Haushalte:

„The individualization of economic activity and the increasing tendency to engage in nonagricultural income earning have had a dissolving effect on long-standing agrarian divisions of labor as well as economic rights and responsibilities within peasant households. Pooling of income within the domestic unit is weakening as categories of people who formerly were not expected to earn an income assert a moral right to determine how their income is spent” (Bryceson 2002: 734).

Auch wenn soziale Wandlungsprozesse nicht im Zentrum dieser Forschung stehen, so geht der vorgestellte Analyserahmen dennoch davon aus, dass Lebensführungsmuster ausgebildet bzw. reproduziert, aber auch verändert werden. Sie sind Produkte konkreten sozialen Handelns von Akteuren¹⁰² wie Familien- und Haushaltsmitgliedern, welches sich im Spannungsfeld zwischen den ihnen eigenen Ressourcen bzw. Wertehaltungen einerseits, und den jeweiligen Kontextbedingungen andererseits vollzieht. Dementsprechend gestalten Akteure ihre Lebensführungsmuster gemäß ihrer subjektiven Sinn- und Orientierungsrationalitäten bis zu einem gewissen Grad selbst, ohne dass ihr Handeln dabei völlig offen wäre. Denn die Palette an Handlungsmöglichkeiten wird durch den weiter gefassten, gesellschaftlichen Kontext strukturiert und begrenzt. Insofern ist der Bezugsrahmen durchaus handlungstheoretisch unterfüttert, selbst wenn die Analyse sozialer Handlungen wiederum nicht den Fokus dieser Arbeit bildet, sondern die Beschreibung und zahlenmäßigen Verbreitung verschiedener Lebensführungsmuster und ihr Einfluss auf die Krankenkassenmitgliedschaft¹⁰³.

¹⁰² Nicht nur einzelne Menschen sind Akteure, sondern auch reflexiv und kompetent handelnde soziale Gruppen (Familien, Haushalte) oder Organisationen (korporative Akteure). Konstitutiv für Akteure ist nach Neubert „ihr einheitlich Auftreten in einer bestimmten Situation und ihre Wahrnehmung durch Andere als Einheit“ (Neubert 2001b: 216).

¹⁰³ Insofern werden die einzelnen Handlungsrationalitäten nicht systematisch im Sinne eines verstehenden Ansatzes offengelegt, wie ihn beispielsweise Norman Long formuliert hat (Long 1993). Dieser Ansatz ist insbesondere für die Analyse von Konflikten und Akteurskonstellationen auf Mikro- und Mesoebene angewendet worden, wobei unterschiedliche Handlungsrationalitäten und –Logiken in so genannten „interfaces“ (zu

6. Gesamtgesellschaftlicher Kontext und Differenzierungselemente von Lebensführungsmustern in Mali

Die bestehende Literatur zu sozialen Differenzierungen und Lebensführungsmustern in der malischen Gesellschaft spiegelt die dünne und fragmentierte Datenlage wider, die Neubert mit Blick auf die Sozialstrukturanalyse Afrikas südlich der Sahara benennt: Zum einen gibt es nationale, quantitativ-standardisierte Studien, die insbesondere auf die sozioökonomische Lage und Armut der Haushalte abzielen (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006). Zum anderen lassen sich empirisch dichte Fallstudien zu verschiedenen ethnisch bzw. anders gefassten Gruppen finden (u. a. de Bruijn und van Dijk 1995; Griep 2005; Brandts 2005). Jedoch fehlt es auch hier an Arbeiten, die systematisch sozioökonomische mit soziokulturellen Differenzierungen verknüpfen und die zahlenmäßige Verbreitung von Lebensführungsmustern in der malischen Gesellschaft darstellen. Vor diesem Hintergrund werden in diesem Kapitel mit Hilfe des Analyserahmens die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und wesentlichen sozialen Differenzierungselemente vorgestellt, welche die Lebensführungsmuster in Mali maßgeblich prägen. Dies erlaubt in der Folge, die empirisch herausgearbeiteten Lebensführungsmuster in den beiden Gesundheitszonen Cinzana-Gare (Region Ségou) und Kourouma (Region Sikasso) zu kontextualisieren und ein Stück weit in der Gesamtgesellschaft Malis zu verorten.

6.1. Sozioökonomische Differenzierungen und das Wirtschaftssystem

Das letzte Armutsprofil Malis aus dem Jahr 2001 legt sozioökonomische Differenzierungen auf aggregierter Ebene offen. Zum einen geht es dabei um ausgabenbasierte Armutsabstufungen, zum anderen um Differenzierungselemente wie Bildung, ökonomische Tätigkeiten, Güterausstattung, Behausung und Zugang zu sozialen Diensten.

In Bezug auf die ausgabenbasierte Armutsverteilung¹⁰⁴ zeigen sich interregionale Unterschiede, die z. T. umstritten sind. Gemäß dieser Studie fallen die Regionen Sikasso, Koulikoro und Mopti in die Kategorie der ärmsten Landesteile. Vor allem für die Region Sikasso wird diese Einordnung hinterfragt, da diese **die** Baumwollanbauzone Malis ist und auch ansonsten landwirtschaftlich hohes Potenzial hat (Audibert & de Roodenbeke 2005: 15). Die Studie erklärt dies mit dem Preisverfall der Baumwolle, der 2001 einsetzte, mittlerweile aber einen

Deutsch Schnittstellen oder Übergangsbereiche) aufeinandertreffen, wie dies z. B. im Zusammenhang mit Initiativen der Entwicklungszusammenarbeit der Fall ist.

¹⁰⁴ Die Armutsschwelle wird bei 142'022 FCFA (219 EUR) pro Jahr und Kopf angesetzt. Hauptausgabequelle sind Nahrungsmittel mit über 70% (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 24, 42).

Aufwärtstrend erlebt hat. Hingegen zählen die Regionen Tumbuktu, Ségou und Kayes zu den moderat armen Regionen. Die sozioökonomisch am besten gestellten Regionen sind laut des Armutprofils der Distrikt Bamako sowie Gao und Kidal (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 22, 26). Dass Einwohner Bamakos im Durchschnitt sozioökonomisch besser gestellt sind, spiegelt den Gegensatz zwischen Lebenschancen in urbanen und ländlichen Milieus wider. Während knapp 30% der Einwohner Malis 2001 in Städten lebten, waren 74% in ländlichen Gegenden beheimatet¹⁰⁵. Insgesamt lebten 68.3% der malischen Bevölkerung unter der Armutsgrenze (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 24)¹⁰⁶.

Differenzierungsrelevant sind vor allem die **unterschiedlichen** Kombinationen von Einkommens- und Subsistenztätigkeiten, die Haushalte und Familien unterhalten, um ihre Existenz zu sichern. Während in urbanen Gebieten die formelle oder informelle Lohnarbeit weiter verbreitet ist und eine große Rolle für die Lebenssicherung spielt, wird im ländlichen Raum vor allem landwirtschaftliche Subsistenz- (z. B. Hirse, Sorghum und Mais) mit Marktproduktion (Erdnüsse, Baumwolle, Sesam etc.) kombiniert. 70% der Bevölkerung Malis treibt unter den größtenteils harschen klimatischen und natürlichen Bedingungen Landwirtschaft (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 40; Krings 2006: IX-XI; 26-29). Auch in den Städten versuchen Familien, auf kleinen, freien Flächen ein wenig Mais oder Gemüse für den Eigenbedarf anzubauen. Stark gewachsen ist auch der kommerzielle, peri-urbane Gemüseanbau (Krings 2006: 88f.). In diesem Zusammenhang ist entscheidend, über welche Produktionsmittel Familien und Haushalte zur Verfügung haben. Es geht dabei um Zugang zu Land, Arbeitsgeräte und Inputs sowie Arbeitskräfte. Der Besitz wesentlicher Güter wie Spitzhacken (im Bamana *daba*), Pflug, Sämaschine, Eselskarren, Zugtiere bzw. Dünger, Pestizide und Saatgut bestimmt, wie viel diese verschiedenen Tätigkeiten an Einkommen abwerfen und damit letztlich die sozioökonomische Lage der Familien¹⁰⁷.

Ausreichend Arbeitskräfte (im malischen Frz. *bras valides* genannt) sind in der wenig technisierten, malischen Landwirtschaft von großer Bedeutung. Die Verfügbarkeit von „*Humankapital*“ wirkt sich daher ebenso auf sozioökonomische Differenzierung aus. Das gilt einmal mehr für arbeitsintensive Anbaukulturen wie Baumwolle, die von Hand gepflückt wird¹⁰⁸. Jedoch stehen viele malische Familien

¹⁰⁵ Momentan beläuft sich die Einwohnerzahl Malis auf etwa 15,9 Millionen Menschen. Das jährliche Bevölkerungswachstum liegt bei hohen 2,9%. Schätzungen zufolge gibt es in der Hauptstadt Bamako zirka 1,3 Millionen Einwohner (Population Reference Bureau 2014; Weltgesundheitsorganisation 2007: 80).

¹⁰⁶ Dieser spiegelt sich auch im so genannten *Human Development Index* wider, der durchschnittliche Lebenserwartung, Einschulungsrate und das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen berücksichtigt. In 2013 rangierte Mali auf Position 176 von 187 Ländern, zu denen Daten vorliegen (UNDP 2014).

¹⁰⁷ Die Preise für diese Arbeitsmittel liegen zwischen 20'000 FCFA für einen Pflug (30 EUR) und 250'000 FCFA (380 EUR) für ein gutes Zugtier (Ochsen).

¹⁰⁸ Auch deshalb werden in Mali trotz steigender Einschulungsraten viele Kinder weiterhin als Arbeitskräfte zu Hause gehalten.

vor einem Dilemma: einerseits wird vor allem in der Zeit vor den Ernten (Juni-Oktober) Bargeld benötigt, weshalb viele der 20 bis 40-jährigen Männer migrieren, auch wenn sie in der Regel vor der Feldbestellungs- und Regenzeit nach Hause zurückkehren. Andererseits aber fehlen sie, um in der Trockenzeit beispielsweise traditionelle, relativ aufwendige Bodenschutzmaßnahmen durchzuführen, was mittel- bis langfristig Auswirkungen auf die landwirtschaftliche Produktion und Produktivität der Familienbetriebe hat (Krings 2006: 135f.; 66f.).

Die Kombination von landwirtschaftlichen Aktivitäten mit nicht-agrarischen Einkommensquellen wie Kleinhandel oder Handwerk ist nicht nur für kleinbäuerliche Familien von Bedeutung (Bryceson 2002). Die meist informelle Handwerks- und Dienstleistungssektoren sind für 14.5% der vornehmlich urbanen Bevölkerung wichtige Beschäftigungs- und Einkommensquellen (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 40)¹⁰⁹. In diesem Zusammenhang weist Krings richtigerweise darauf hin, dass

„(...) eine strikte Trennung zwischen dem formellen und informellen Sektor unmöglich ist, da viele Vorleistungen des informellen in den formellen, modernen Sektor einfließen“ (Krings 2006: 165).

Jedoch ist der Informelle Sektor kein rein städtisches Phänomen, auch wenn dieser beispielsweise in Bamako 73% der Beschäftigten auf sich vereint. Schätzungen zufolge werden 50% der nationalen Wertschöpfung in den sahelischen Ländern in diesem Sektor erwirtschaftet. Tätigkeiten im Informellen Sektor sind stark sozial, d. h. nach Alter, Geschlecht und z. T. Berufskasten segregiert. Lastenträger in urbanen Zentren sind oft junge Männer, unter denen sich auch viele Wanderarbeiter befinden. Männliche Jugendliche sind auch als Schuhputzer, Parkplatzwächter, Schaffner in Mini- und Kleinbussen (in Mali *Sotrama* genannt) oder im Straßenhandel aktiv. Weibliche Jugendliche und Frauen hingegen verkaufen lokal produzierte Ess- und Trinkwaren für Reisende. Auf Tages- oder Wochenmärkten betreiben Frauen Garküchen, das Schlachten und der Fleischverkauf obliegt wiederum in der Regel den Männern. Familienbetriebliche Handwerke im Informellen Sektor sind Schreiner, Korb- und Seilmacher, Weber sowie Töpferinnen (Krings 2006: 159, 166-181).

Überdies ist der Handel bereits seit dem Mittelalter (9.-16. Jahrhundert) stark ausgeprägt. Das Königreich von Mali lebte maßgeblich vom transsaharischen Handel, wobei einerseits Steinsalz, Textilien und Waffen aus dem Norden kamen, andererseits Kolanüsse, Elfenbein, Gold aus dem Süden transportiert und Baumwolle, Reis, Indigo sowie Gewürze und Trockenfisch lokal produziert wurden. Diese Tradition hat sich durch die hohe Mobilität großer Bevölkerungsteile innerhalb

¹⁰⁹ In Bamako arbeiten zirka 11'000 Industriebeschäftigte in der Getränke-, Tabak-, Bau-, Textil- und der bis zur Besetzung des nördlichen Landesteils wachsenden Tourismusbranche oder in Bäckereien. Der formelle Industriesektor steuert lediglich 26% zum malischen Bruttoinlandsprodukt und kaum Arbeitsplätze bei (Krings 2006: 158, 160, 174).

des Landes und ins Ausland fortgesetzt. Heute sind zirka 10% der Bevölkerung im Handel (nicht Kleinhandel) aktiv (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 40). Dabei geht es um Handel mit lokalen Agrar- und importierten Konsumgütern. Der Einzel- und Großhandel ist zum großen Teil einer kleinen libanesischen Minderheit vorbehalten (Krings 2006: 86). Dennoch gibt es auch eine malische Händlerschaft, die sich auf bestimmte Güter spezialisiert hat. Krings zeigt dies anschaulich anhand des Beispiels malischer Händlerinnen, die seit der sozialistischen Ära unter dem ersten Präsidenten Modibo Keita über die Eisenbahnverbindung Dakar-Bamako unterschiedlichste Güter transportieren. Von Dakar im Senegal führen sie Importgüter bzw. Erdnusspaste, Salz und Trockenfisch ein. Aus Mali bringen sie Gemüse, Obst, *Karité*-Butter, Hirse und Indigotücher mit (Krings 2006: 61, 167f.).

Verhältnismäßig klein mit 7.8% ist Anzahl von Personen, die eine Tätigkeit im kleinen formellen Beschäftigungssektor haben (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 40). Seit der Umsetzung der Strukturanpassungsmaßnahmen Mitte der 1980-er Jahre sind solche Anstellungen insbesondere in staatlichen und halbstaatlichen Einrichtungen weniger zu finden, da parastaatlische Betriebe schrittweise privatisiert wurden und durch die Einführung eines Auswahlverfahrens (*concours*) nur noch eine beschränkte Zahl an Abgängern in den öffentlichen Dienst aufgenommen wird. So ist ein System in Auflösung begriffen, wonach in der gesellschaftlichen Wahrnehmung gut ausgebildete Abgänger automatisch Beamte werden konnten. Dennoch sind in den letzten Jahrzehnten bei Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit und in der Privatwirtschaft (große multinationale Unternehmen, Hotel- und Tourismusgewerbe) begrenzt neue Anstellungsmöglichkeiten gegeben. Außerdem sind auch im ländlichen Raum im Zuge der Dezentralisierung Arbeitsplätze für Kommunalbeamte und Personal im Bildungs- und Gesundheitssektor geschaffen worden. So konnten Gemeinden beim staatlich eingerichteten *Fonds des Pays Pauvres Très Endettés* (PPTe) Stellen für Lehrkräfte und Gesundheitspersonal beantragen. In diesen Fond flossen Gelder, die nach dem Schuldenerlass der Geberländer freigesetzt wurden.

Schließlich sind Wanderarbeit bzw. permanente Migration (*short* bzw. *long cycle migration pattern*) auch in Mali ein sozioökonomisch wichtiger Bestandteil des Einkommensmix vieler ländlicher Familien (Findley 1994). Dem erhöhten Bargeldbedarf aufgrund schlechter Ernten, höherer Nutzungsgebühren für Gesundheitsdienste bzw. Schulgelder und wachsender Konsumwünsche begegnen ländliche Bevölkerungen mit Wanderarbeit. *Rimessen*, d. h. Geldüberweisungen von Wanderarbeitern und Migranten an ihre Familien, beliefen sich laut Schätzungen für Mali im Zeitraum zwischen 1990-1996 auf ungefähr 110 Millionen US-Dollar (Weiss 2001: 26)¹¹⁰. Diese monetären Rückflüsse sichern nicht nur die Nahrungsmittelversorgung und andere Bedürfnisse der Familie (landwirtschaftliche Arbeitsgeräte, Tiere, Kleidung und anderen Konsumgüter), sondern tragen z. T.

¹¹⁰ Dies schließt allerdings nicht die Summen ein, die Wanderarbeiter bei ihrer Rückkehr bar oder in Naturalien mit nach Hause bringen.

auch zur dörflichen Entwicklung bei. Schwerpunkt liegt dabei allerdings auf der Errichtung von Infrastrukturen wie Moscheen, Schulen, Gesundheitszentren und Brunnen. Migrationsmuster und –Ströme differieren in Mali regional. Der Einfluss von (ehemaligen) Migranten und Migrantinnen manifestiert sich indes nicht nur in den Geldrückflüssen, sondern auch in der Einführung neuen Wissens sowie in veränderten Einstellungen und Konsummustern. Dieses ist nicht nur für sozioökonomische, sondern auch soziokulturelle Differenzierung im ländlichen Raum relevant (Krings 2006: 60).

Äußerst verbreitet ist die intra- und interregionale Wanderarbeit innerhalb Malis, d. h. vom Dorf ins urbane Zentrum (z. B. als Tagelöhner), auf Plantagen (Reis- und Gemüseanbau etc.) oder in den Bergbau (Gold). Sie kann das Muster kurzer Migrationsdauer (z. B. während der Trockenzeit) annehmen. Sie kann aber auch länger andauern, wie beispielsweise im Falle vieler junger Frauen, die oft zwei oder drei Jahre in einem urbanen Haushalt arbeiten, um ihre Aussteuer für die Heirat zu finanzieren. Darüber hinaus gehen viele Maliern und Malierinnen in die westafrikanischen Nachbarländer wie die Elfenbeinküste und Ghana – ein Phänomen, das bis in die 1930-er Jahre zurückgeht¹¹¹. Nicht nur zählte die Elfenbeinküste vor den politischen Unruhen in den 2000-er Jahren mit einem Ausländeranteil von 26% zu einem der ersten Einwanderungsländer der Welt, sondern ist bzw. war auch die Heimat von zirka 2,5 Millionen Maliern, die sich größtenteils fest niederließen¹¹². Dazu kamen Saisonarbeiter, die während der malischen Trockenzeit auf den ivoirischen Kaffee- und Kakaoplantagen arbeiteten. Beide Gruppierungen sind im Zuge des veränderten politischen Klimas und der gegen Burkinabé und Malier gerichteten Fremdenfeindlichkeit gesunken (Zanou 1999)¹¹³.

Auch nach Europa sind Malier seit jeher emigriert (Kuagbenou 1999; Bocquier und Diarra 1999). Angehörige der ethnisch gefassten Gruppe der Sarakolé aus der Region Kayes sind in den 1960-er Jahren als Erste nach Frankreich emigriert (Krings 2006: 61; Guber 1999), wo 1990 zirka 38'000 Malier insbesondere in und um

¹¹¹ Zunächst arbeiteten Malier im Erdnussbecken Senegals sowie auf Kakaoplantagen und in Goldminen Ghanas. Ab den 1950-er Jahren zog es sie zunehmend auf die Kakao- und Kaffeeplantagen, in den Straßenbau sowie Tropenholzwirtschaft in der Elfenbeinküste. In den 1970er Jahren stieg die Zahl derjenigen, die ihre Familien nachholten und permanent in der Elfenbeinküste blieben (Zanou 1999).

¹¹² Die Emigrationswanderung aus den Sahelländern in die Küstenregionen geht auf die Kolonialzeit zurück, als Arbeitskräfte u. a. aus dem heutigen Mali auf die Kakao-, Kautschuk- und Kaffeeplantagen in die Elfenbeinküste geholt wurden. Die günstigen Rohstoffe wurden in Frankreich weiterverarbeitet und zu konkurrenzfähigen Preisen auf dem Weltmarkt verkauft. Auch nach der Unabhängigkeit wuchs die ivoirische Wirtschaft durch diese exportinduzierte Struktur, was sich durchaus auch in einem höheren Lebensstandard vieler Menschen im Vergleich zu anderen subsaharischen Ländern widerspiegelte. Sie ermöglichte aber auch erst die Renteneinkünfte, die die Staatsklasse um Präsident Houphouët-Boigny versorgte.

¹¹³ 23'000 Malier wurden zwischen 2002-2003 offiziell repatriiert, die inoffizielle Zahl liegt allerdings um ein Vielfaches höher. Die meisten von ihnen waren in der Region Moya Cavally und Abidjan angesiedelt, ein Großteil kehrte in die Region Sikasso in Mali zurück (Rompel 2008: 121-125, 129).

Paris legal lebten und arbeiteten (z. B. in der Automobilindustrie sowie Straßen- und Gebäudereinigung). Allerdings ist diese Option aufgrund der rigiden Aufenthaltsbestimmungen immer weniger gegeben, sodass es seit 2001 verstärkte, illegale Einwanderungsversuche mit Hilfe krimineller Schleuserorganisationen gibt, die über die Kanarischen Inseln bzw. spanischen Enklaven Ceuta und Melilla, aber auch über die italienische Insel Lampedusa erfolgen (Krings 2006: 61). Mali ist das zweitwichtigste Entsendeland von Emigranten in ganz Afrika (Dijk van et al. 2001: 16).

Sowohl Industrie, Handwerk als auch Dienstleistungen jeglicher Art leiden an einem geringen Spezialisierungsgrad, der zum einen auf eine schwache Kapiteldecke und geringes Innovationspotenzial, zum anderen auf einen allgemein niedrigen Ausbildungs- und Qualifikationsgrad zurückgeht. Etablierte Unternehmer sind vor allem in einer langen Familientradition stehende Händler, die ihren Gewinn eher in Vieh und Immobilien anlegen. Es gibt jedoch kaum erfolgreiche Unternehmer, die innovative, industrielle Produkte fertigen oder Dienstleistungen entwickeln. Den meisten fehlt es zum einen an notwendigem Know-How und qualifizierten Facharbeitskräften. Zudem bremst die soziale Verpflichtung zur Weiterverteilung von Ressourcen im Rahmen familiärer und verwandtschaftlicher Beziehungen die nötige Akkumulation von Kapital für die Reinvestition. In vielen Fällen unterstützen verschiedene Vertrauenspersonen aus diesen Netzwerken den Aufbau einträglicher Einkommensquellen – durch Arbeitskraft, Kredite, Lizenzvergabe oder Nicht-Durchsetzung gesetzlicher Steuer- und Abgabenvorschriften. Die Weiterverteilung innerhalb der Familie ist vor allem unter Händlern und Handwerkern (z. B. Schmiede) auch deshalb so gängig, da ihre Tätigkeiten von einer auf die andere Generation übergehen und so die Einbindung von Kindern und Verwandten konstitutiver Teil ihres Wirtschaftsmodus ist (Krings 2006: 158, 168; Vuarin 1997: 181f., 187).

Ein weiteres, klassisches Differenzierungselement neben Ausgabeniveau und Einkommenstätigkeit ist die Bildung. Nur etwa 60% der Kinder zwischen dem siebten und zwölften Lebensjahr besuchen in Mali eine Schule. Mehrheitlich wird dies von den Eltern auf Misserfolg in der Schule (31%) und die Notwendigkeit, zu Hause bei der Arbeit zu helfen (20.2%), zurückgeführt. Nur 18.1% der interviewten Haushaltsvorstände haben eine Primar- oder höhere Schule besucht (Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 34f.). Sowohl das Ausgaben- als auch das Bildungsniveau und die Einschulungsraten liegen in den ländlichen Gegenden deutlich niedriger. Dies weist auf den klassischen Stadt-Land-Gegensatz hin. Dennoch werden diese überbewertet, da nicht nur viele Haushalte in ländlichen Regionen sozioökonomisch besser gestellt sind als mancher städtischer Haushalt. Viele städtische Arme leben ohne großfamiliären Anschluss sozioökonomisch prekärer als ländliche, kleinbäuerliche Familien - sie können kaum den in der Stadt notwendigen, täglichen Bargeldbedarf erwirtschaften. Insofern fehlt es auch für Mali an empirischen Evidenzen zu sozioökonomischen Unterschieden innerhalb städtischer bzw. ländlicher Milieus. Die

Stadt-Land-Dichotomie entspricht aber den malischen Verhältnissen auch oftmals insofern nicht, als großfamiliäre Einkommens- und Sicherungsstrukturen sich über Land und Stadt spannen, denn einige Familienmitglieder leben in der Stadt, andere auf dem Land.

6.2. Soziokulturelle Differenzierungen

Soziokulturelle Differenzierungen zwischen Individuen, Haushalten und Familien basieren in der malischen Gesellschaft insbesondere auf ethnisch gefassten Zugehörigkeiten sowie religiösen Identität, aber auch auf wesentliche Werthaltungen. Diese werden zwar durch ethnische, religiöse oder andere Zugehörigkeiten geformt, sind aber mit diesen nicht deckungsgleich.

6.2.1. Ethnisch gefasste Differenzierungen

Dass Ethnizität auch von der Bevölkerung als wesentliches Strukturelement der malischen Gesellschaft wahrgenommen wird, zeigen Umfragen des Afrobarometers von 2001 und 2002, wonach 37% der Befragten Ethnizität als für sie wichtiges Identitätsmerkmal nannten, noch vor Religion oder Beschäftigung (Eifert et al. 2007: 8). Die ethnisch-sprachliche Vielfalt ist Mali ebenso ausgeprägt wie in vielen anderen Ländern Afrikas südlich der Sahara (Alesina et al. 2003: 184-189). Gemeinhin werden 24 ethnisch gefasste Gruppen aufgeführt, wobei zwischen Untergruppen differenziert werden kann, die jeweils auch zu einer Sprach- bzw. Kulturfamilie gehören. Obschon Französisch als die offizielle Nationalsprache Malis festgeschrieben wurde, ist das Bamana die Hauptverkehrssprache, die von nahezu allen Einwohnern gesprochen wird¹¹⁴.

Die größte Ethnie sind die 4 Millionen Bamana, die zirka 30% der Gesamtbevölkerung ausmachen. Mit den Malinké (ungefähr 6.6% der malischen Bevölkerung) und Dyula mit zirka 100'000 Angehörigen stellen sie Mande-Sprachgruppe. Die Fulbe vereinigen ungefähr 14% der malischen Bevölkerung auf sich, während die Tuareg zirka 3% und die Mauren etwa 1.2% der Bevölkerung stellen. Die ethnischen Gruppen der Sénoufo und Minianka (zusammen zirka 10% der Gesamtbevölkerung) sowie der Bwa (ungefähr 2%) und Bobo (zirka 2,4%) sind allesamt relativ klein, ursprünglich im Südosten des Landes - im Grenzgebiet zu Burkina Faso und der Elfenbeinküste - ansässig und gehören bezüglich ihrer Sprachen zur Voltagruppe¹¹⁵. Schließlich gehören die Sarakolé (zirka 11.2% der Bevölkerung), Songhay (7%), Dogon (zirka 8%) sowie die in Clans organisierten

¹¹⁴ Das Sprachkontinuum von Bamana, Dyula, Malinké und Mandinka vereint zirka 10 Millionen Muttersprachler auf sich, die auf verschiedene Länder Westafrikas verteilt sind. Auch das Fulfulde zeichnet sich durch verschiedene Dialekte aus, wobei es Muttersprache von 15 Millionen Menschen zwischen dem Senegal und dem Sudan ist.

¹¹⁵ Die Bobo teilen sich in vier Untergruppen auf und sind in Burkina Faso noch zahlreicher vertreten; ihre gleichnamige Sprache bildet gemeinsam mit dem Dogon und weiteren Sprachen Burkina Fasos die Gur-Sprachgruppe.

Bozo-Fischer und Somono (zusammen zirka 1%) sprachlich zur Sudangruppe¹¹⁶ (Broetz 1993: 300f.; Krings 2006: 33, 46f.; Imperato & Imperato 2008: Ixxvi-ii, 33, 40, 45, 89, 93, 206, 212, 240, 263, 266, 315; Afrobarometer 2007: 51; Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 33). Trotz dieser Zuordnungen ist die Abgrenzung ethnisch gefasster Gruppen nicht immer eindeutig. Vielmehr sind ethnische Zugehörigkeiten mitunter konstruiert bzw. werden zugeschrieben, z. B. durch die ehemaligen Kolonialherren, durch die betroffene Gruppe selbst bzw. andere Gruppen. So sprechen beispielsweise bestimmte, sesshafte Fulbe gar kein Fulfulde mehr, sondern Bamana. Sie werden daher im Bamana als *Bamana-fula* bezeichnet. Letztere sind nicht nur in urbanen Zentren zu finden, sondern auch in ländlichen Gegenden, wo sie Ackerbau mit Viehzucht verbinden und nicht mehr die ganze Familie mit ihren Herden zieht, sondern jüngere Männer die Weidewanderungen übernehmen (vgl. de Bruijn & van Dijk 1995). Krings beschreibt in diesem Zusammenhang ein Phänomen:

„Eine Hauptaufgabe der Fulbe besteht in diesen Gebieten in der Durchführung der Auftragsrinderhaltung, d. h. dass die Bauern ihre Rinder zur Pflege und Aufzucht den Fulbe übergeben und diese dafür entlohn“ (Krings 2006: 43).

Darüber hinaus ist Heirat über ethnisch gefasste Grenzen hinweg in vielen Gruppierungen möglich, was die Durchlässigkeit ethnischer Zugehörigkeit unterstreicht. Allerdings gilt dies nicht für alle Gruppierungen - die Fulbe bilden z. B. eine Ausnahme. Schließlich kommt es überall in Mali infolge der hohen Mobilität zu einer deutlichen ethnischen Durchmischung.

Sowohl die Gesellschaft der Bamana als auch jene der Fulbe, Tuareg und Mauren¹¹⁷ sind traditionell in Untergruppen organisiert, die sich sozial differenzieren und in einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen. Diese Sozialstrukturen gehen im Falle der Bamana und Fulbe auf die alten Bamana-Reiche von Ségou und Kartala bzw. das Fulbe-Reich von Macina zurück¹¹⁸. Ersteres nahm mit der Herrschaft von Biton in Ségou (1660-1710) seinen Ausgang und ging im 19. Jahrhundert mit der Vormacht des streng islamisch ausgerichteten Fulbe-

¹¹⁶ Diese Gruppe stellt gleichzeitig keine gemeinsame Sprachgruppe dar, weil das Dogon zur Gur-Sprachgruppe gehört, das Bozo zur Mande-Gruppe und das Songhay zum nilo-saharanischen Sprachstamm zählt.

¹¹⁷ Tuareg und Mauren stammen von unterschiedlichen Berber-Gesellschaften Nordafrikas ab und wurden zwischen dem 11.-14. Jahrhundert aus ihren angestammten Lebensräumen durch die Invasionen der Beduinen (*Beni Hilal* bzw. *Hassan*) nach Süden in ihr heutiges Siedlungsgebiet der zentralen Sahara abgedrängt. Sie bestehen jeweils aus unterschiedlichen Untergruppen. Die maurischen Untergruppen Kunta und Berabisch leben heute im Norden Malis, zwischen dem See Faguibine und den Städten Kidal und Tumbuktu.

¹¹⁸ Das Bamana-Reich Ségou erstreckte sich von der gleichnamigen Stadt über Djenné und Gao bis nach Tumbuktu und unterhielt eine starke Armee sowie eine Schiffsflotte, die von den Somono (Fischer-Ethnie) geführt wurde. Das Fulbe-Reich von Macina (in der heutigen Region Ségou) hingegen erreichte im 19. Jahrhundert unter Sékou Amadou die weiteste Ausdehnung im Gebiet des heutigen Malis.

Toucouleur Oumar El Hadj wieder nieder. Bamana, Fulbe, Tuareg und Mauren ist gemein, dass sie traditionell zwischen

- einer Gruppierung der Adeligen und Offiziere (Bamana: *horon* und *tóntigi*)¹¹⁹ bzw. Viehhalter- und Händler bei den Fulbe (Fulfulde: *fulbe* und *diawambé*),
- den „Kastenangehörigen“ (Bamana: *nyamakala*; Fulfulde: *nieniibe*)¹²⁰ bzw. Vasallen (Kel Tamaschek: *imrad*; Hassaniya: *zenaga*), sowie
- Sklaven (Bamana: *jon*; Fulfulde: *maccube* und *rimaibe*; Kel Tamaschek: *bella* und *iklan*; Hassaniya: *haratin*) unterscheiden.

Diese sozial differenzierten Zuordnungen laufen gewissermaßen quer zu ethnischer Zugehörigkeit, da sie sich in all den vier oben beschriebenen ethnischen Gruppierungen wiederfinden. Auch wenn sich diese soziale Hierarchie heute nicht mehr ohne weiteres in besser oder schlechter gestellte sozioökonomische Lagen übersetzen lässt, so können doch bestimmte Funktionen und berufliche Tätigkeiten nur von bestimmten Gruppierungen bekleidet bzw. ausgeführt werden. In Bamana-Gemeinschaften kommt der Dorfcchef weiterhin aus einer Familie der *horon* bzw. *tóntigi*, Jagdwaffen, Töpfe und Werkzeug können weiterhin nur durch die Berufskaste der Schmiede (*numu*) angefertigt werden (Vuarin 1997: 176). Die Barden (*djeli*) sind auch heute noch Vermittler zwischen zwei Konflikt- oder Verhandlungsparteien, aber auch Berater, Unterhalter und Traditionsbewahrer (Sissoko 2004: 56, 58; Hoffmann 2000: 10; Schulz 2012: 142). Zudem gelten nach wie vor unterschiedliche soziale Normen für jede Gruppierung, wesentlich ist dabei das traditionelle Heiratsverbot zwischen Adeligen und „Kastenangehörigen“. Der Familienname verrät auch heutzutage noch, wer traditionell welcher Kategorie angehört und dementsprechend sozial eingeordnet wird.

Im Gegensatz zu Bamana, Malinké, Sarakolé sowie Fulbe, Tuareg und Mauren sind die Sénoufo, Bwa und Bobo traditionell segmentär organisiert, d. h. ohne starke Zentralmacht. Mittelpunkt ist die Dorfgemeinschaft und der Großfamilienchef¹²¹.

Ein weiteres, bedeutsames Strukturelement sind die im Bamana als *sinankuniya* bezeichneten Scherzbeziehungen, die auf einer Art fiktiver Verwandtschaft aufbauen und ebenfalls quer zu ethnischer Zugehörigkeit laufen (Jones 2007; Kouyaté 2003). Diese Beziehungen bestehen zwischen Personen mit

¹¹⁹ Bei den Tuareg (Kel Tamaschek) sind dies die *imajaren*. Zudem gab es bei ihnen Korangelehrte (*ineslemen*). Bei den Mauren war es der religiöse und Geldadel, einschließlich der Marabouts (Hassaniya: *zawaya*), die traditionell die Rechtsgelehrten und Händler stellten.

¹²⁰ In der Fulbe-Gesellschaft gibt es die Handwerkskasten der Weber und Töpferinnen (*mabuube*), Goldschmiede (*wayluube*), Sattler (*sakeebe*), Holzschnitzer (*laobe*) und der Barden (*wambaabe*).

¹²¹ Dennoch gab es zwischen 1800 und 1898 auch das Kenedugu-Reich der Sénoufo unter Tiéba im südlichen Teil des heutigen Malis, das Sikasso zur Hauptstadt hatte (Sissoko 2004: 70).

unterschiedlichen Familiennamen, wobei diese in der Großzahl der Fälle verschiedenen Ethnien angehören, aber mitunter auch ein und derselben. Beispielsweise unterhalten alle Personen mit dem Familiennamen Keita, die der Ethnie der Minianka angehören, Scherzbeziehungen mit allen Angehörigen der Bamana, die Sissoko oder Konaté heißen (Dunning und Harrison 2009: 7). Historisch gehen diese Scherzbeziehungen auf das alte Mali-Reich des 13. Jahrhunderts zurück¹²². Traditionell war innerhalb der Scherzbeziehungen oft eine Partei hierarchisch höher gestellt, z. B. aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Berufskaste. Die Scherzbeziehung selbst aber sorgt dafür, dass gegenseitige(r) Respekt und Verpflichtung gewahrt bleiben und keine Partei sich über die andere stellen darf. Die Institution der *sinankuniya* wird auch als Erklärung dafür herangezogen, dass es in Mali noch nie zu ethnisch definierten Konflikten gekommen ist bzw. nicht entlang ethnischer Zugehörigkeit politisiert wird. Ausnahme bilden die politischen Aufstände der Tuareg, die allerdings von Berber-Gesellschaften abstammen und deshalb nicht in das System der *sinankuniya* eingebunden sind (Dunning und Harrison 2009: 4f.).

6.2.2. Religiöse Identitäten

Im Gegensatz zur fortgeschrittenen Säkularisierung in vielen Gesellschaften der OECD-Staaten, gehört religiöser Glaube wie auch anderswo in Afrika zu den Grundfesten der malischen Gesellschaft. Dabei gehen religiöse Identitäten auf einer aggregierten Ebene mit ethnischer Zugehörigkeit einher. Dennoch läuft sie auf der Ebene individueller Haushalte und Familien auch quer zur ethnischen Zugehörigkeit. Während Bamana, Malinké und Sarakolé sowie Fulbe, Tuareg und Mauren im Zuge des transsaharischen Handels und der dadurch gegebenen, nordafrikanischen Einflüsse früh islamisiert wurden (Krings 2006: 10, 44f.), sind die Bobo in den Distrikten San und Tominian (Region Ségou) katholischen Glaubens, z. T. aber auch die Bwa und Dogon (Hertrich 1999: 141)¹²³. Jedoch sind sowohl die Mehrzahl der Dogon und Bwa als auch der Sénoufo Anhänger indigener Religionen (d. h. Verehrung der Ahnen, wie es bei den Dogon mit dem vierten Urahn Dyongou-Serou der Fall ist). Diese als Altvölker bezeichneten Gruppen der Sénoufo, Dogon, Bwa und Bobo hatten sich in der mittelalterlichen Epoche der Mali-Reiche erfolgreich der Islamisierung entzogen, da sie durch ihre Nähe zum Mossi-Reich im Osten in einer relativ geschützten Zone lebten.

¹²² Die Institution der *sinankuniya* wurde gar in den offiziellen Regelungen des Reiches verankert, wonach keine Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppierungen gemacht und gegenseitiger Respekt gewahrt werden müsse (Kouyate 2003). Der Staat schrieb so fest, wer mit wem in einer Scherzbeziehung steht und kodifizierte bzw. konstruierte so soziale Zugehörigkeit.

¹²³ In ihren Siedlungsgebieten waren seit der Kolonialzeit katholische Missionen aktiv, in erster Linie der französische Orden der Weißen Väter (*pères blancs*). Sie versuchten, insbesondere Anhänger indigener Religionen zur Konvertierung zu bewegen. Die Überzeugungskraft der Missionare lag vor allem darin, dass sie meist ihr Leben lang in den Missionen blieben und die Bevölkerung mit Infrastruktur- und Ausbildungsinitiativen unterstützten.

Der Islam vereint in Mali zirka 85% der Bevölkerung auf sich, vor allem sunnitischer Ausrichtung¹²⁴. Nur ungefähr 230'000 Malier(innen) bekennen sich zum Christentum, vor allem zum Katholizismus. Vielfach vermischen sich aber muslimischer bzw. christlicher Glauben mit indigenen Elementen zu synkretistischen Praktiken (Imperato & Imperato 2008: 49, 212, 257; Bérédogo 1999: 129). Krings spricht in diesem Zusammenhang daher von einer „selektiven Übernahme islamischer Glaubensvorstellungen und religiöser Praktiken“ (Krings 2006: 51). Als Beispiel können die mancherorts weiterhin existierenden Beschneidungen von Jungen und Mädchen sowie andere Übergangsriten genannt werden. Beispielsweise besteht bei den Sénoufo das Beschneidungsritual des *poro*-Bundes fort, welcher auf dem Strukturprinzip der Altersklassen aufbaut und dessen Mitglieder sozial ein Leben lang miteinander verbunden sind. Ebenso kann das Tragen von Amuletten (so genannten *gris-gris*) zur Abwehr von Hexerei, Krankheit und Sterilität dazu gezählt werden (Krings 2006: 49-53).

6.2.3. Werthaltungen

Einstellungen und Werthaltungen innerhalb der malischen Gesellschaft sind bisher nur in Fallstudien zu einzelnen Gruppierungen untersucht worden. Ein differenzierungsrelevanter Aspekt wird direkt oder indirekt in all diesen Studien thematisiert: Die Ausbildung des Individualismus und die Beibehaltung bzw. der Verfall von Werten, die den Zusammenhalt von Familie und Gemeinschaft beschwören. Ein wesentliches Lebensziel für nahezu alle Malier ist aber nach wie vor die Heirat und Kinder. Dies drückt sich beispielsweise in den Gründen aus, die Teilnehmende der Gruppendiskussionen für ihre temporäre Migration angaben. Während die jungen Männer versuchen, einen Teil ihres eingenommenen Geldes zu sparen, um so später den Brautpreis bezahlen zu können, arbeiten die junge Frauen als Dienstmädchen in städtischen Haushalten, um sich von ihrem kleinen Gehalt die nötigen Bestandteile für die Aussteuer (frz.: *dot*) und den traditionellen Hochzeitskoffer (frz.: *trousseau de mariage*) zuzulegen. Auch Wladarsch weist für Burkina Faso darauf hin, dass insbesondere junge Männer sich verstärkt bemühen, für ihre persönliche Zukunftsgestaltung (Heirat, Ausbildung) Geld anzusparen (Wladarsch 2010: 339).

Im Gegensatz zur unumstrittenen Frage der Heirat differenzieren sich die Praktiken in Bezug auf die Polygenie (Ministère du Développement Social, de la

¹²⁴ Der Islam wurde im Mittelalter durch Händler aus Nordafrika eingeführt, wobei die Herrschenden der Sahel-Reiche nach und nach zum Islam konvertierten. Muslimische Gelehrte führten die Schrift ein, berieten die Herrscherhäuser und lehrten in Schulen. Koranschulen und so genannte *médersa* (private, muslimische Religionsschule) sind auch heute noch – und nicht nur in ländlichen Gebieten ohne staatliche bzw. kommunale Schulen – weit verbreitet und werden von Teilen der Bevölkerung sogar Letzteren vorgezogen. In Koranschulen lernen die Schüler Lesen und Schreiben in Lokalsprache, indem sie Koranverse abschreiben und rezitieren müssen. In urbanen Gebieten werden die Schüler vom Marabout zum Betteln auf die Straße geschickt. In *médersas* lernen die Schüler neben dem Koran in arabischer Sprache noch weitere Fächer (Mathematik, Physik, Literatur) in Französisch (Krings 2006: 52; Sissoko 2004: 221f.).

Solidarité et des Personnes Agées et al. 2006: 32). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie im ländlichen Mali legen offen, dass von den 597 befragten Haushaltsvorständen 59% eine Ehefrau haben und lediglich 40.5% zwei oder mehr Ehefrauen. Somit leben mehr und mehr muslimische Männer de facto in einer monogamen Ehe. Dies kann auf ökonomische Gründe und/oder Werthaltungen zurückgeführt werden¹²⁵. Zum einen ist der Brautpreis auch in ländlichen Gegenden mit 400'000-500'000 FCFA (610-760 EUR) mittlerweile hoch. Dazu kommt, dass mehrere Ehefrauen und ihre jeweiligen Kinder alle unterhalten werden müssen, auch wenn die Ehefrauen durch eigene Einnahmen maßgeblich zur Deckung der Nahrung-, Kleidungs-, Schul- und Gesundheitskosten beitragen. Ebenso wichtige wie kostenträchtige Familienereignisse sind Taufen und Beerdigungen, die standesgemäß begangen werden müssen. Sie werden dazu genutzt, das soziale Beziehungsnetzwerk zu unterhalten und den eigenen Status zu untermauern. Bei Hochzeiten, Taufen und auch Beerdigungen verlangen nicht nur Speis und Trank, sondern auch die Zahlung der anwesenden Barden relativ viele Ressourcen. Sie lobpreisen die Familie und ihren Vorstand und sprechen Segnungen aus. Vor allem Hochzeiten und Taufen sind eine Gelegenheit für die betroffenen Familien, ihre Großzügigkeit und soziale Verankerung herauszustellen und so an sozialem Prestige zu gewinnen. Jedoch unterscheidet sich die Ausgestaltung solcher Zeremonien je nach materiellen Möglichkeiten der Familien, wodurch soziale Differenzierung geschaffen wird. Wer in der Stadt über ausreichend Ressourcen verfügt, gibt sich beispielsweise auch als Muslim auf dem Standesamt in einem weißen Brautkleid das Jawort, bevor die religiöse Hochzeit begangen wird (Vuarin 1997: 192; Schulz 2012: 138f.).

Die kontinuierliche Pflege sozialer Beziehungen innerhalb der Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, Dorf- und Stadtviertelgemeinschaft sowie unter Freunden ist ein wichtiger Grundwert auch in der malischen Gesellschaft. Im Rahmen dieser Beziehungen werden verschiedene Solidaritätsformen praktiziert und reziproke Leistungen ausgetauscht (z. B. materielle oder moralische Unterstützung) (Schulz 2012: 134f.).

Ausdruck sozialer Differenzierung und mitunter von Individualisierungstendenzen sind auch sich ändernde Kleidungsstile, insbesondere unter der jungen Generation. So sieht man in urbanen Gebieten deutlich häufiger junge Frauen und Männer in enger anliegenden Kleidern, Hosen und Hemden als in ländlichen Gegenden, ebenso herrscht ein stärkeres Figurbewusstsein, und manche Frau hellt sich die Haut auf, auch wenn dieses Phänomen in den Küstenländern Westafrikas (Ghana, Togo, Benin etc.) deutlich verbreiteter ist (Schulz 2012: 144).

Die sich differenzierenden Einstellungen in Bezug auf individualistische bzw. familiär-gemeinschaftliche Werten und ihr Einfluss auf die Art des Wirtschaftens veranschaulicht Vuarin für Jungunternehmer in Bamako und die weiterhin stark im

¹²⁵ Auch dazu liegen keine statistischen Angaben vor, jedoch könnten die Register des Standesamtes zumindest für die städtische Bevölkerung Auskunft darüber geben, wie viele muslimische Ehemänner sich bei der standesamtlichen Trauung zur Mono- bzw. Polygamie verpflichten.

Islam verankerten Händlerfamilien, die in der Tradition des Transsahara-Handels stehen. Insbesondere beleuchtet er ihre jeweiligen Strategien, um mit dem weit verbreiteten sozialen Druck zur Anstellung von Familienmitgliedern und zur Weiterverteilung von Gewinnen umzugehen. Die Händler stützen sich auf ihre familiären Netzwerke, da Familienmitglieder als vertrauenswürdiger gelten. Der Umverteilungsmechanismus innerhalb der Familie und Verwandtschaft ist stark ausgeprägt, auch weil der Islam verlangt, von Gott gegebenen Reichtum in seinem Namen mit der Gemeinschaft zu teilen (Vuarin 1997: 189ff.). Im Gegenzug wachsen das soziale Prestige und der Status der Gebenden. Gemäß Bourdieus Terminologie wird ökonomisches in symbolisches Kapital umgewandelt¹²⁶. Hingegen versuchen die Jungdiplomierten, Werten des modernen Managements zu folgen, wonach technisch kompetente und fleißige Mitarbeitende angestellt sowie die Kapitalbasis gesichert werden müssen. Dementsprechend begründen sie vor Verwandten, dass sie für bestimmte Funktionen im Betrieb technisch versierte Personen brauchen, die die Familie nicht bietet. Sozialausgaben innerhalb der Familie werden insofern begrenzt, als sich die Unternehmer z. B. einen Lohn zubilligen und den Betrag getrennt vom Firmenkapital verwalten. Aus diesem werden auch Familienunterstützungen finanziert. Doch auch diese Unternehmer respektieren Werte der Gemeinschaft und Weiterverteilung, um sozial anerkannt zu sein (Vuarin 1997: 187f., 191f.). Diese Jungunternehmer verstehen ihre unternehmerische Tätigkeit als einen Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung ihres Landes, zur Konsolidierung der Demokratie und zur Eigenständigkeit Afrikas. Sie sehen sich als Gegenentwurf zu den traditionellen Händlern.

Auch die generations- und milieuspezifischen Fallstudien von Rempel, Gärtner und Schulze-Löbbert veranschaulichen die Spannung zwischen individualistischen und familiär-gemeinschaftlichen Werten. Jugendlichen Repatriierten zwischen 15-30 Jahren werden nach ihrer Rückkehr aus der Elfenbeinküste Individualisierungstendenzen nachgesagt, weil sie sich anders kleiden, andere Haarschnitte und Gesten haben, sich nicht mit sozialen Institutionen wie den Scherzbeziehungen (im Bamana *sinankuniya* genannt) auskennen, kein Dioula bzw. „reines“ Bamana sprechen und ältere Personen nicht in ausreichendem Maße respektieren. Daher werden sie als arrogant und konsumorientiert angesehen. Auch aus diesen Gründen siedelten sich viele Rückkehrer-Familien und Jugendliche in der Stadt Sikasso an und zogen nicht in ihrem Heimatdorf. Dort können sie zwar unbehelligter leben, ihnen fehlt aber auch das nötige, soziale Netzwerk, um Arbeit zu finden und sich ökonomisch abzusichern (Rempel 2008: 136ff.). Gärtner bzw. Schulze-Löbbert zeigen mit Bezug auf den Konsum von Fernsehserien und Musik, dass sich die Jugendlichen bestimmte, über diese Medien transportierte

¹²⁶ Allerdings weist Vuarin darauf hin, dass traditionelle Händlernetzwerke der Sarakolé (*marka*), Diawambé (*jokoramé*, Untergruppe der Fulbe) und Songhay (*koroboro*) zwar auf solidarischen Familiennetzwerken aufbauen, aber einen klar strukturierten Auswahlprozess haben, wer aus der Familie geeignet ist, wichtige Schaltfunktionen zu übernehmen, um so den kommerziellen Erfolg sicherzustellen (Vuarin 1997: 180).

individualistische Werte wie offene Meinungsäußerung zu gesellschaftlichen Themen wie Genitalverstümmelungen oder Korruption, sozialpolitisches Engagement oder spezifische Kleidungsmode und Tanzstile aneignen, aber auch mit lokalen Praxisformen und Bedeutungen versehen. Hingegen werden sexuelle Anspielungen und Freizügigkeit ebenso abgelehnt wie der fehlende Respekt vor älteren Leuten (Gärtner 2008: 30ff., 38ff.; Schulte-Löbbert 2008: 150-156).

6.2.4. Familienformen und Muster der Entscheidungsfindung

Familienformen und Muster der Entscheidungsfindung werden in Mali sowohl von sozioökonomischen Lagen und Wirtschaftsweisen als auch von Werthaltungen und Einstellungen geprägt, die z. T. auf ethnischen und religiösen Zugehörigkeiten basieren. Die vorhandene Literatur legt offen, dass sich trotz aller bestehenden Unterschiede viele ethnisch gefasste Gruppen durch zwei wesentliche Strukturmerkmale auszeichnen. Zum einen ist die Großfamilie noch immer die vorherrschende Familienform, vor allem in ländlichen, aber auch in städtischen Gebieten. Traditionell ist die Großfamilie hierarchisch patrilinear organisiert (Schulz 2012: 110). Bei den Bamana wird die Großfamilie als *du* bezeichnet, bei den Sarakolé als *ka*. Solche Großfamilien fassen diejenigen Personen, die gemeinsam in einem ländlichen Gehöft oder einer urbanen Wohneinheit (frz. *concession*) leben¹²⁷. In der Regel nehmen die Mitglieder der *du* auch gemeinsam Mahlzeiten ein, die im Rotationsverfahren von einer oder mehreren verheirateten Frauen zubereitet werden. In ländlichen Gebieten wird zudem gemeinsam produziert. Dementsprechend stehen landwirtschaftliche Arbeitsgeräte und z. T. Getreide und Rinder im Familienbesitz. Überdies helfen sich Familienmitglieder gegenseitig, wenn es um Notlagen oder Finanzierung sozialer Ereignisse geht (Taufe, Heirat und Begräbnis). *Du* bzw. *ka* ist die Einheit, an der sich im malischen Kontext auch Verwaltung und Dorfverantwortliche orientieren. So fasst das in der Kolonialzeit eingeführte Familienbüchlein (im Bamana *dusèben*) alle Mitglieder einer Großfamilie. Beispielsweise wendet sich die Gemeinde für Steuerzahlungen oder die Erstellung von Wahlregistern an die Vorstände der Großfamilien. Dasselbe gilt für Dorfcheads, wenn es um die Bereitstellung von Arbeitskräften für dörfliche Kollektivarbeit oder die Verbreitung von Informationen geht.

Zum anderen hängt das Strukturmerkmal der Großfamilie mit einem anderen eng zusammen: der weiterhin starken Stellung des Familienchefs. Bei den Bamana steht der *dutigi* (Familienchef) der Großfamilie *du* vor, bei den Sarakolé der *kagumè* der *ka*. Die Fulbe nennen den Familienchef *jom gaalé*, die Sénoufo *dalifòlò* und die Bwa *dûso*. In der Regel handelt es sich dabei um den ältesten Mann der männlichen Abstammungslinie. Er gilt traditionell als das Verbindungsglied zwischen Ahnen und lebenden Familienmitglieder. Er sorgt für den Zusammenhalt der Familie, vermittelt bei Streitigkeiten und ist erste Anlaufstation für externe Personen, wenn ein Familienmitglied Straftaten begangen bzw. Normen verletzt hat oder über seine/ihre

¹²⁷ Der *du* ist durch eine Vorhalle (faktisch die Eingangs- bzw. Ausgangsporte) - im Bamana *bloon* genannt - gekennzeichnet.

Verheiratung verhandelt werden soll. Nach dem Familienchef folgen bei den Bamana hierarchisch seine Brüder (im Bamana *dwaninw*). Danach kommen die Kinder des Familienchefs und seiner Brüder, die *denw*. Die dritte Gruppe sind die Enkelkinder des Chefs und seiner Brüder, die *mòdenw*. Die Ehefrauen des Familienchefs *dutigi* werden als *musow* bezeichnet, während die seiner Brüder *buranmusow* sind. Großfamilien dieser Ethnien sind patrilinear organisiert und orientieren sich traditionell an der Polygynie. Die Familienchefnachfolge verläuft innerhalb einer Generation nach dem Erstgeburtsrecht (lat. Primogenitur), d. h. von Bruder zu Bruder (einer gemeinsamen Mutter), und nicht vom Vater zum ältesten Sohn. Nur wenn kein Bruder mehr vorhanden ist, wechselt die Familiennachfolge in die nachfolgende Generation.

Für den Begriff der Kernfamilie, bestehend aus einem verheirateten Ehepaar und seinen unverheirateten Kindern, gibt es in Mali kein emisches Synonym. Am nächsten kommt diesem Konzept der Term *gwa*, den Sissoko daher mit Kernfamilie gleichsetzt (Sissoko 2004: 117). Ursprünglich aber umschreibt *gwa*¹²⁸ im Kontext der Polygamie eine matrilineare Beziehung zwischen Mutter und ihren leiblichen Kindern (*badenya* genannt)¹²⁹. Danach fasst *gwa* eine verheiratete Frau und ihre unverheirateten Kinder. Mehrere *gwa* formen dann die *du* (Béridogo 1999: 126). Allerdings wird im Sinne Sissokos im heutigen, alltäglichen Verständnis unter *gwa* auch ein verheirateter Mann und seine mit ihm lebende(n) Ehefrau(en), ihre unverheirateten Kinder sowie weitere ihnen anvertraute Personen gefasst. In Abgrenzung zu *du*, mit der die *gwa* u. a. landwirtschaftliche Geräte und Mahlzeiten teilt, verfügt eine so gefasste *gwa* über eigene Kleintiere, Haushaltsgüter und Behausungen, die mitunter durch Mauern umgeben und so innerhalb der *du* demarkiert sind. Im Falle einer einzigen *gwa* kann diese aber auch mit der *du* deckungsgleich sein.

Die zentrale Stellung des Familienchefs bringt es mit sich, dass er formell die Entscheidungen fällt und auf ihre Einhaltung durch die anderen Familienmitglieder achtet. Dennoch delegiert er bestimmte Verantwortungen für unterschiedliche Lebensbereiche bzw. die Verwaltung von Familiengütern an seine Brüder und Söhne. Am Beispiel der Sénoufo beschreibt Béridogo:

„(...) die praktische Organisation fällt dem ältesten Bruder des diafòlò (Familienchef) zu, der nach seinem Tod auf ihn folgt. Er verteilt während der Feldbestellungszeit Getreide an die Frauen. Er wird khudowolu genannt. Nach dem Abendessen teilt er jedem Mitglied mit, was seine Aufgaben am nächsten Tag sind. Die jüngeren Brüder machen Vorschläge, die er akzeptieren oder ablehnen kann (Béridogo 1982).

¹²⁸ Béridogo spricht von *gwada* (Béridogo 1999: 126).

¹²⁹ Steuer spezifiziert in ihrer Fallstudie zum Umgang mit HIV/AIDS, dass enge Vertrauens- und Solidaritätsbeziehungen insbesondere zwischen den als *badenya* bezeichneten Kindern derselben Mutter bestehen, wobei aber auch diese reziprok angelegten Beziehungen immer auch durch Ressourcentransfers unterhalten werden müssen (Steuer 2010: 380, 385).

Bei wichtigen Angelegenheiten wird in der Regel eine Familiensitzung einberufen, der der Familienchef vorsitzt und an der seine Brüder (*dwaninw*) sowie je nach Familie und anstehendem Aspekt die ältesten Söhne des Chefs und z. T. der Brüder (*denw*) teilnehmen¹³⁰. Die Sarakolé unterscheiden sich insofern, als die älteste, verheiratete Ehefrau mitunter an Familiensitzungen teilnehmen darf, allerdings kein Rederecht hat und im Anschluss lediglich die anderen Ehefrauen über die getroffenen Entscheide unterrichtet (Béridogo 1999: 129).

Obschon die Großfamilie auch bei den Fulbe von wesentlicher Bedeutung ist, differenzieren sie sich aufgrund ihrer traditionell nomadischen Lebensführung und frühen Islamisierung ein Stück weit von den Bamana, Sarakolé und Sénoufo. Durch die Weidewanderungen und den individuellen Rinderbesitz gibt es traditionell keine familiäre Wirtschaftseinheit. Zum einen teilt sich die Großfamilie in Zeiten der Transhumanz auf: während ein Teil mit den schwachen Tieren und den milchgebenden Kühen im Dorf bleibt (im Fulfulde heißt diese Gruppe *benti*, das Heimatdorf *wouro* oder *sarré*), bewegt sich eine zweite Gruppe mit ihren Tieren in die umliegenden Weiden (*dounti*), und die dritte Gruppe geht in weiter entlegene Gebiete (*gaarsi*) (Krings 2006: 42). Zum anderen wird das Vieh zwar gemeinsam gepflegt und unterhalten, jedoch hat der Familienchef kein direktes Zugriffsrecht, da jeder verheiratete Mann sein eigenes Vieh besitzt. Trotz des Erstgeburtsrechts innerhalb derselben Generation für die Nachfolge des Familienchefs bewirkt die frühe Durchdringung der Fulbe durch den Islam, dass die Erbschaft zwischen Witwe(n) und den Kindern aufgeteilt wird und nicht an den neuen Familienchef übergeht. Überdies haben die Ehefrauen bei den Fulbe eine stärkere Stellung als bei anderen Ethnien. Sie verfügen über eigenes Vieh und sind für die Milchproduktion, -Transformierung und -Kommerzialisierung zuständig, wohingegen die Männer Viehunterhaltung und Ackerbau führen. Die Abstammungslinie (*lineage*) der Frauen wird zudem über wichtige Entscheidungen, z. B. bei der Verheiratung von Kindern, informiert (Béridogo 1999: 128ff.).

Differenzierungen in Bezug auf die Familienformen zeigen sich mitunter auch zwischen Stadt und Land. In urbanen Zentren sind Großfamilien aufgrund der beengten Wohnverhältnisse in einer *concession* oft gezwungen, sich geographisch aufzuteilen (Schulz 2012: 110). Verheiratete Söhne ziehen dann auch in Gruppen von zwei, drei Brüdern in eine neue *concession*. Béridogo beschreibt, dass in der Stadt neben gemeinsamen landwirtschaftlichen Tätigkeiten aufgrund von Platzmangel auch die Vorhalle als Identitätssymbol einer Familie verloren geht, nicht aber die gemeinsamen Mahlzeiten. Jedes verdienende Familienmitglied trägt zu den Mahlzeiten und zum Unterhalt der *du* materiell bei. Mitunter kommen selbst Familienmitglieder zur gemeinsamen Mahlzeit zusammen, die nicht mehr in einer *concession* leben. Nichtsdestotrotz kommt es im urbanen Milieu vielfach zu einer Schwächung des Familienchefs. Die Familie ist trotz multipler Verbindungen zu Verwandten auf dem Lande dem soziokulturellen Herkunftsmilieu ein Stück weit

¹³⁰ Generell wohnen nur erwachsene und initiierte Männer den Familiensitzungen bei, die im Gegensatz zu minderjährigen Kindern (*denmisèniw*) *kulusitigiw* genannt werden.

entrückt, vor allem die jüngere Generation ist mit den traditionellen Normen und Regeln nicht mehr so vertraut. Zudem wirken andere, lokal- bzw. globalkulturelle Einflüsse auf die Familien ein. Schließlich entziehen sich die Jüngeren ein Stück weit dem Einfluss des Familienchefs, da sie unterschiedlichen Tätigkeiten nachgehen und auch zum Einkommen beitragen.

Aber auch für den ländlichen Raum konstatiert Béridogo Veränderungen in der Familien- und Entscheidungsstrukturen: So verfügen nicht nur Brüder, sondern auch Söhne des Familienchefs infolge der Wanderarbeit zunehmend über eigene Ressourcen. Ein Teil wird zwar nach wie vor dem Familienchef übergeben, doch steigt dadurch auch ihre Verhandlungsmacht innerhalb der Familie. Außerdem bemühen sich mitunter jüngere Brüder, Neffen und Söhne des Familienchefs, ihr eigenes Gehöft zu gründen, auch um mehr Zeit zur Bewirtschaftung ihrer individuellen Felder zu haben. Dies war traditionell auf einen oder wenige Tage in der Woche beschränkt. Oft gehen dann Neffen bzw. Söhne zusammen, die dieselbe Mutter haben. Dennoch versucht der Familienchef nicht selten, die Brüder und Söhne in einer gewissen Abhängigkeit zu halten, indem ihnen beispielsweise Mittel zur Verfügung gestellt werden, um eine zusätzliche Einkommenstätigkeit aufzubauen (Béridogo 1999: 121-138; Schulz 2012: 110). Auch Hertrich zeigt mit Blick auf die Bwa auf, dass die Entscheidungsfreiheit von jungen Männern insbesondere durch die Migration gewachsen ist. Sie konstatiert auf der Grundlage empirischer Studien in zwei Dörfern aus den Jahren 1987-89, dass es jungen Männern mehr und mehr gelingt, selbst zu bestimmen, wen sie heiraten. So initiieren die jungen Männer zunehmend, mit welcher Familie Heiratsverhandlungen aufgenommen werden. Dennoch müssen sie nach wie vor den traditionellen Ablauf formal einhalten. Sie holen zwar weiterhin die Erlaubnis des engeren Familienvorstands ein, der für die Verhandlungen mit der Familie der potenziellen Braut einen Mittler hinzuzieht (meist einen Barden). Hertrich spricht in diesem Zusammenhang von einer Individualisierung des Heiratsverhaltens – familiäre Ansprüche und Kontrollmöglichkeiten schwinden, das Individuum hat größeren Gestaltungsspielraum innerhalb traditionell definierter Abläufe (Hertrich 1999: 145ff., 149; Schulz 2012: 122)¹³¹.

6.3. Nationaler Dezentralisierungsprozess und lokaler sozio-politischer Kontext

Lebensführungsmuster unterscheiden sich in Mali nicht nur in Hinblick auf sozioökonomische Produktionsweisen, soziokulturelle Orientierungen und Familienformen, sondern werden auch durch den lokalen soziopolitischen Kontext geprägt, der für Individuen und Familien konkret erfahrbar ist. Dieser war bis zu den politischen Ereignissen des Frühjahrs 2012 insbesondere durch die zu Beginn der 1990-er Jahre eingeleiteten Demokratisierungs- und Dezentralisierungsprozesse bestimmt. Die zwischenzeitliche Besetzung des nördlichen Landesteils durch

¹³¹ Dies bedeutet indes nicht, dass auch die Polygenie in Auflösung begriffen wäre. Das jüngere Heiratsalter bewirkt eher eine Stärkung dieser Institution (Hertrich 1999: 150).

Tuareg-Rebellen¹³² und islamistischen Fundamentalisten der *Ansar Dine* und MUJAO sowie die sich fortsetzenden terroristischen Anschläge dieser Gruppierungen gefährden nicht nur die territoriale Integrität, sondern schwächen auch die sich über zwei Dekaden allmählich ausgebildeten demokratischen und dezentralen Strukturen¹³³. Denn seit dem Ende des Kalten Krieges hatte sich in Mali ein relativ stabiles, demokratisches System etabliert, das zudem dezentral angelegt ist¹³⁴. Der 1991 durch den ehemaligen Major Amadou Toumani Touré (genannt „ATT“) angeführte und erfolgreiche Putsch gegen den Militärdiktator Moussa Traoré¹³⁵ ebnete den Weg für einen Demokratisierungsprozess, der sich zwischenzeitlich im Gegensatz zu anderen subsaharischen Ländern durch fünf, als relativ frei und fair eingestufte Präsidentschafts- und Parlamentswahlen, verfestigt hatte¹³⁶. Der erste Präsident der 3. Republik, Alpha Oumar Konaré, stellte sich nach 10 Amtsjahren nicht mehr zur Wahl, so wie es die Verfassung vorsieht. Bis zu seiner

¹³² Die Tuareg-Aufstände gehen auf die 1950-er und 60-er Jahre zurück, als es zu Konflikten zwischen sesshaften Gruppen des Sahels und den nomadisierenden Tuareg und Mauren kam. So dehnten die Ackerbauern und ehemalige Sklaven (*iklan*) ihre Anbauflächen mit Unterstützung der Kolonial- bzw. Zentralregierung auf Kosten der Weideflächen der Tuareg aus. Zugleich ließen Brunnen und Impfkampagnen die Viehbestände wachsen, so dass die kleiner werdenden Weideflächen zudem übernutzt wurden. Als Konsequenz der Dürren in den 1970er und -80er Jahren mussten viele ihre nomadische Lebensführung aufgeben. Junge, männliche Tuareg verdingten sich als Hilfsarbeiter in der libyschen Erdölförderung bzw. dienten als Söldner in der islamischen Legion des Staatschefs Gaddhafi. Diese von den übrigen Tuareg als *ishumar* (abgeleitet vom frz. *chômeurs* = Arbeitslose) bezeichneten Jungen standen auch im Zentrum der Tuareg-Revolution von 1990. Im Zuge der Demokratisierung sind seit den 1990-er Jahre Anstrengungen unternommen worden, die Tuareg und Mauren in den Verwaltungs- und Militärapparat zu integrieren und sie über Entwicklungsinitiativen (Brunnen, Weidemanagement, mobile Tierhaltung, Getreidebänke etc.) zu unterstützen. Mali schuf zudem 1996 eine neue Verwaltungsregion (Kidal), womit dem Gebiet der Tuareg und Mauren auf nationaler Ebene mehr Gewicht eingeräumt wurde. Die zwischenzeitlich flächendeckende Besetzung des nördlichen Landesteils ging auf zurückkehrende und militärisch gut ausgerüstete ehemalige Legionäre des Gaddhafi-Regimes zurück, die das Gebiet Azawad nennen. Sie stehen aber in Konkurrenz mit den islamistischen Gruppierungen der Ansar Dine und der MUJAO (Krings 2006: 33-38; Imperato & Imperato 2008: 33, 315f.).

¹³³ Siehe <http://www.tagesschau.de/ausland/mali-islamisten-101.html>, heruntergeladen am 20.1.2015.

¹³⁴ Sissoko bewertet das malische Politiksystem als abgeschwächten „Präsidentialismus mit halbautonomer Regierung, Parlament und Verfassungsgericht, wobei dieses neue System eines der Hauptkriterien der Demokratisierung, die Kontrolle der Macht, festschreibt und darstellt“ (Sissoko 2004: 216). Die 1992 durch einen Volksentscheid angenommene Verfassung darf nur mit der Unterstützung einer 2/3-Mehrheit in der Nationalversammlung durch den Präsidenten geändert werden. Davon ausgenommen sind die Grundsätze der Republik als Staatsform, des Laizismus und des Mehrparteiensystems (Sissoko 2004: 211ff.).

¹³⁵ Traoré war erst der zweite malische Präsident und regierte von 1968 bis 1991. Vor ihm führte Modibo Keita seit der Unabhängigkeit 1960 das Land (Sissoko 2004: 7).

¹³⁶ Auch die 2009 stattgefundenen Kommunalwahlen wurden trotz leichter Mängel als frei und fair bewertet. So müssen laut malischem Wahlgesetz die Wähler nicht unbedingt einen Ausweis vorlegen, sondern zwei Zeugen können ihre Identität bescheinigen. Zudem wurde vor allem in Städten versucht, Wahlberechtigte mittels kleiner Summen Geld zum Wahlgang zu bewegen, aber ohne Einschüchterungsversuche. Junge Wähler nahmen diese z. T. von einer Partei an, wählten mitunter aber eine andere Partei. 80% der Bürgermeister und Gemeinderäte wurde 2009 nicht wieder gewählt – insbesondere intransparente Verwaltung wurde abgestraft (Kusch 2010: 78f.).

Absetzung im Jahre 2012 durch das Militär führte der ehemalige Anführer des erfolgreichen Putsches von 1991, „ATT“, als Präsident das Land – in seiner zweiten und angekündigten letzten Amtszeit. Erfreulichweise kehrte das Land nach einer Interimsregierung und darauffolgenden freien Wahlen im Jahr 2013 zu relativ stabilen Verhältnissen zurück. Neuer Präsident ist Ibrahim Boubacar Keïta. Auch nach den politischen Ereignissen von 2012 zeichnet sich Mali durch eine freie Presse aus, die bereits während der Diktatur Traorés im Untergrund entstand und sich seit 1989 verstärkt entwickelt hat (Sissoko 2004: 185). Angesichts dieser Entwicklungen attestierte Krings Mitte der 2000-er Jahre:

„Im Zuge der Demokratisierung seit 1991 scheinen sich diese kleptokratischen Züge z. B. im Senegal und in Mali erfreulicherweise aufgrund verstärkter parlamentarischer Kontrolle allmählich abzuschwächen“ (Krings 2006: 64).

Auch wenn Korruption allem Anschein nach nicht im selben Ausmaß wie in anderen Ländern Afrikas südlich der Sahara vorzufinden ist¹³⁷, so spielt der Zugang zu Positionen und anderen Ressourcen des öffentlich-staatlichen Sektors weiterhin eine wesentliche Rolle für die sozioökonomische Lage, aber auch für sozialen Prestige- und Machtgewinn. Einerseits sind von Angehörigen der Staatsklasse bis zum einfachen Beamten und Kleinbauern wesentliche Teile der Bevölkerung über klientelistische Netzwerke miteinander verbunden. Viele profitieren, wenn auch in einem höchst ungleichen Maße, von der persönlichen Verteilung öffentlicher Ressourcen. Andererseits nutzen sie auf verschiedenen Ebenen der öffentlich-staatlichen Systeme ihre Positionen. Teile der Staatsklasse und religiösen Elite haben sich beispielsweise große Flächen des künstlich bewässerten Gebiets im Nigerdelta nördlich von Ségou gesichert. Dieses wird vom staatlichen Unternehmen *Office du Niger* verwaltet, das für die Bewässerung, die Ernte und den Handel mit Reis verantwortlich ist (Sissoko 2004: 235). Zollbeamte schöpfen zur persönlichen Bereicherung bei Transportunternehmen und Händlern ab, wobei sich Letztere oft mit Ersteren arrangieren und so zu günstigen Konditionen Waren schmuggeln können. Bürgermeister und Gemeinderäte veräußern kommunales Land an private Dritte und begünstigen häufig das sie unterstützende Netzwerk. Oder sie weiten Holzeinschlagsgebiete und –Quoten aus und vergeben selektiv Einschlaglizenzen (Krings 2006: 73f., 168; Kusch 2010: 78). Diese Beispiele zeigen, dass in der Diskussion um gute bzw. schlechte Regierungsführung oftmals übersehen wird, dass Patron-Klientel-Netzwerke, die öffentliche Ressourcen für persönliche Zwecke abzweigen, zwar ohne Frage den Staat schädigen, aber eben auch eine soziale Sicherungsfunktion ausüben.

Im Rahmen der politischen Demokratisierung und Dezentralisierung wurden 703 Gemeinden geschaffen – sie sind juristisch anerkannte

¹³⁷ Im *Corruption Perception Index 2014* von Transparency International rangiert Mali auf einer Skala von 0-100 mit einem Score von 32 auf Platz 115 von 175 berücksichtigten Ländern. Auf Afrika bezogen rangiert Mali auf Platz 23 von 47 Ländern (Transparency International 2014: 5).

Gebietskörperschaften¹³⁸. Sie erhielten zwar formell Planungs- und Entscheidungskompetenzen sowie finanzielle Autonomie, damit lokalspezifische Bedürfnisse besser berücksichtigt werden können. Doch Hintergrund dieser Dezentralisierungsreform war zumindest z. T. die Abwälzung von Kosten, die im Zuge der Strukturanpassungsmaßnahmen nicht mehr das hoch defizitäre Staatsbudget belasten sollten. Stattdessen mussten die Kommunen eigene Einkommensquellen erschließen - in aller Regel Gemeindesteuern - was zu Widerständen in der ländlichen Bevölkerung führte, die die Gemeinde als verlängerten Arm der Zentralregierung wahrnahm (Sissoko 2004: 34f.).

Auch wenn das dezentralisierte System noch immer vor großen Herausforderungen steht, wie z. B. das Machtgefälle und die Klärung von Kompetenzen zwischen Gemeinden und staatlichen Verwaltungen (auf Kreis- und Regionalebene) oder die mangelnde staatliche Mittelzuteilung an Gemeinden (Lachenmann 2004; Kusch 2010: 79), so sind doch Fortschritte zu verzeichnen. Gelder der *Agence Nationale d'Infrastructures des Collectivités Territoriales* (ANICT) haben vielen Gemeinden ermöglicht, grundlegende Infrastrukturen wie Gemeindehäuser, Schulen, Gesundheitszentren und Brunnen zu bauen. Grundvoraussetzung dafür sind in aller Regel die Vorbereitung eines kommunalen Entwicklungsplans und eine Kostenbeteiligung. Gemeinden werden auf Anfrage bei der Erarbeitung und Umsetzung kommunaler Entwicklungspläne und -initiativen technisch und finanziell unterstützt¹³⁹. Dazu kommen unterschiedlichste Entwicklungsinitiativen zur Stärkung lokaler Strukturen und Kompetenzen - ob im Bereich Bildung, Gesundheit oder Landwirtschaft. Schließlich erhalten neu gewählte Bürgermeister mittlerweile eine Grundausbildung, um die Kommunalverwaltung zu stärken.

Die Gründung von Gemeinden im ländlichen Raum schuf neue Positionen wie Bürgermeister, Gemeinderäte und -Angestellte, was Differenzierungschancen eröffnete. Bierschenk verweist darauf, dass diese ebenso wie „traditionelle“ Machtinstanzen wie Dorfchefs und -Räte, Imame und Marabouts sowie jüngere „Gebildete“ (z. B. ehemalige Migranten, Schulabgänger, Hochschulabbrecher) als Entwicklungsmakler agieren, die die sich aus der zunehmenden Zahl an lokalen Entwicklungsinitiativen ergebenden „Renten“ abschöpfen. Lokale Entwicklungsmakler

¹³⁸ Sissoko weist darauf hin, dass bereits die Mali-Reiche (12. bis 18. Jahrhundert) z. T. auf dezentralen Institutionen basierten, wie z. B. die Räte der Weisen (*mobaya*) auf allen Ebenen der Gesellschaft. Trotz dieser Tradition bewirkte die Kolonialherrschaft und die dadurch geprägten, ersten Dekaden der Unabhängigkeit, dass selbst heutzutage Beamte noch stark zentralistischem Denken verhaftet sind (Sissoko 2004: 114f., 119f., 124).

¹³⁹ Beispielsweise leisteten bisher das von der deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) unterstützte *Programme d'Appui aux Collectivités Territoriales* (PACT) sowie das von Staat und Weltbank geförderte *Programme d'Appui aux Communes Rurales* (PACR) solche Unterstützung für Gebietskörperschaften (Kusch 2010: 78f.). Das PACR unterstützte Dörfer bei der Finanzierung von Entwicklungsinitiativen mit Fördergeldern zwischen 2 bis 10 Millionen FCFA (zirka 3'000 bis 15'000 EUR), wobei die Dorfbevölkerung und Gemeinde 10% der Gesamtfinanzierung selbst aufbringen müssen. Insgesamt wurden bisher 54 Kommunen in und um die Städte Ségou, Sikasso, Mopti und Tumbuktu unterstützt.

fungieren dabei als Mittler zwischen den Begünstigten und den Geberorganisationen. Neben dem Senegal und Burkina Faso ist nach Bierschenk auch in Mali das Potenzial an Entwicklungsrenten auf lokaler Ebene hoch, da im Zuge der Demokratisierung und Dezentralisierung Nicht-Regierungsorganisationen und Stiftungen, aber auch bilaterale Agenturen und vermehrt europäische Städte und Gemeinde die direkte Zusammenarbeit mit den Begünstigten suchen (Bierschenk 1998: 323f.).

Trotz der Schaffung von Gemeinden sind auf Dorfebene der Dorfchef (*dugutigu*) und -Rat (*dugutòn*) nach wie vor einflussreich. Außerdem sind dorfbasierte, informelle Vereinigungen, so genannte *tòns*, von großer Bedeutung. So gibt es Jugendvereinigungen für Landarbeit (*cikètòn*) oder Frauenvereinigungen (*mussoètòn*), die durch personalisierte Solidarität bzw. Reziprozität gesteuert werden. Diese Vereinigungen gehen auf die alten Mali-Reiche zurück, auch wenn sie im Vergleich zu früher z. T. andere bzw. zusätzliche Zwecke verfolgen (Sissoko 2004: 57, 67f.; Haidara 1992). Ihr Zweck besteht darin, vor allem Leistungen für Mitglieder, z. T. aber auch für Dritte bereitzustellen. Beispielsweise bestellen Jugendgruppen ihre Kollektivfelder und unterstützen Familien ohne ausreichend Arbeitskräfte gegen Bezahlung bei der Feldarbeit. Zum einen ermöglichen die Einnahmen ihren Mitgliedern, bei ihrer Heirat den Brautpreis zu finanzieren. Zum anderen werden sozial Schwache wie alleinstehende Witwen unterstützt (kostenlose Feldarbeiten, Nahrungsmittelhilfe) oder Dorfinfrastrukturen finanziert (Alphabetisierungsraum, Brunnen etc.), die sie oftmals auch selbst errichten und unterhalten. Während die Mitgliedseinheit im Falle der Dorfvereinigung in der Regel die Großfamilie ist, basiert die Mitgliedschaft in den anderen auf Geschlecht, Altersklasse bzw. Berufszugehörigkeit. Kollektivarbeiten der Jugendgruppen werden zunehmend brüchig, da viele Junge durch die Wanderarbeit gerade außerhalb der Feldbestellungs- und Erntezeit abwesend sind. Dies ist allerdings traditionell die Periode, in der bestimmte Gemeinschaftsaktivitäten durchgeführt werden (Krings 2006: 60).

Neben diesen endogenen, informellen Vereinigungen gibt es „neue“ formelle Organisationsformen, die zum großen Teil durch extern induzierte Entwicklungsinitiativen aufgebaut worden sind. Dazu gehören Kooperativen für spezifische landwirtschaftliche Erzeugnisse (Baumwoll-, Sesam- oder Baumschulkooperative), die Trägerorganisationen von Gesundheitszentren oder Krankenkassenvereine. Auch wenn in der Regel für all die genannten Organisationen gilt, dass die Mitgliedschaft freiwillig ist, so variiert doch der Grad an sozialem Druck beizutreten. Vor allem bei endogenen, informellen Organisationen wie der Dorf- oder Jugendvereinigung ist Verweigerung schwierig. Doch auch externe Entwicklungsinitiativen leisten viel Überzeugungsarbeit, um Familien, Haushalte und andere Gruppen zur Mitgliedschaft zu bewegen.

6.4. Gesundheitssicherung und der sozial-räumliche Kontext

Lebensführungsmuster drücken sich auch in sozialen Sicherungsmechanismen aus, die Individuen, Haushalte oder Familien im Bedarfsfall mobilisieren. Dabei ist entscheidend, welche Sicherungsformen ihnen in ihrem sozialräumlichen Kontext überhaupt zugänglich sind. Dies hängt u. a. auch von der Ausgestaltung nationaler Sozialpolitik und internationaler Entwicklungspolitik ab.

6.4.1. Systeme sozialer Sicherung

Das malische System sozialer Sicherung ist im Hinblick auf Sicherungsformen und Steuerungsmodi stark fragmentiert (siehe Tabelle 2, S. 124). Die große Mehrzahl der Bevölkerung sichert sich über solidaritätsgesteuerte, informelle Formen wie Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, Dorfgemeinschaft oder lokale Vereinigungen ab. Marktgesteuerte Mechanismen sind in Mali kaum vorhanden. Das formelle, hierarchiegesteuerte Sicherungssystem baut vor allem auf Sozialversicherungsbeiträgen und zu einem sehr geringen Maße auf steuerbasierter Finanzierung auf. Da Sozialversicherungsbeiträge aber eine Anstellung im öffentlichen Sektor oder im formellen Wirtschaftssektor voraussetzen, erreicht dieses System nur einen Bruchteil der Bevölkerung. Während die Anzahl Verwaltungsangestellter im Zuge der Strukturanpassungsmaßnahmen verringert wurde, bietet der relativ kleine formelle Wirtschaftssektor kaum Arbeitsplätze. Es sind somit öffentliche Angestellte, Militärs und Mitarbeiter von Unternehmen und Organisationen des formellen Wirtschaftssektors, die über diesen Mechanismus abgesichert sind¹⁴⁰. Schätzungen zufolge waren Ende der 1990-er Jahre zirka 600'000 Menschen bzw. 6% der Bevölkerung sozialversichert und hatten Anspruch auf öffentliche Sicherungsleistungen unterschiedlicher Art (Kouyaté 1998: 60; Zwanecki 2001: 38). Zudem leidet Mali an einer strukturell schwachen Steuerbasis und einem damit verbundenen begrenzten Staatsbudget¹⁴¹. Das hierarchiegesteuerte Sozialversicherungssystem ist in Bezug auf seine Leistungen noch immer am französischen Sicherungsmodell orientiert. Dementsprechend sind Leistungen insbesondere auf Familien (Schmid 2006: 30), aber auch auf Arbeitsunfall- und Krankheitsschutz sowie Renten ausgerichtet. Arbeitslosengeld

¹⁴⁰ Weitere Berufssparten wie Chauffeure und Hausangestellte sind ebenso sozialversichert, sofern sie deklariert werden.

¹⁴¹ Steuereinnahmen sind nicht nur deshalb niedrig, weil beim sozioökonomisch schlecht gestellten Großteil der Bevölkerung (vor allem selbständige Kleinbauern und Arbeitende des informellen Wirtschaftssektors) nur relativ wenig abgeschöpft werden kann. Die Zentraladministration ist bisher auch kaum in der Lage, ein flächendeckend funktionierendes Steuersystem aufzubauen, auch wenn Sissoko bescheinigt, dass im Zuge der Steuerreform die Einnahmen gesteigert werden konnten (Sissoko 2004: 233). Dies gilt auch für das bestehende Sozialversicherungssystem, dass bei einem Ausbau die wachsende Menge an Beitrags- und Leistungszahlungen nicht effizient verwalten könnte. Zudem entgeht der relativ besser gestellte, kleine Teil der Bevölkerung mit Anstellungen im formellen Wirtschaftssektor nicht selten der Zahlung von Steuern und Sozialversicherungsabgaben. Schließlich sind falsche Steuerdeklarierungen weit verbreitet, wobei der Staat mit Rücksicht auf die politische Bedeutung von „Eliten“ auch keine sonderlichen Anstrengungen unternimmt, diese Praxis einzudämmen (Audibert & de Roodenbeke 2005: 13).

und Lohnersatz im Krankheitsfall gibt es hingegen nicht (Zwaniecki 2001: 33, 40). Die Arbeitgeber- und Nehmerbeiträge (sofern gegeben) fließen in den jeweiligen Sozialversicherungszweig, die dem Nationalen Institut für Sozialfürsorge (*Institut National de Prévoyance Sociale* - INPS) für die Bereitstellung unterschiedlicher Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Dies stellt neben Finanzleistungen wie Renten und Familienbeiträge auch weitere, direkte Transferleistungen bereit, die in der Regel durch die bestehenden Überschüsse bzw. Anlagengewinne finanziert werden¹⁴². Auch für die anderen Sozialversicherungszweige wird debattiert, wie angesichts der zunehmenden Alterung und Anzahl pensionierter Angestellter unabhängige Arbeitende aus dem Informellen Wirtschaftssektor in die Sozialversicherung eingebunden werden können. Zudem werden Beitragserhöhungen zur Sicherstellung der Leistungsfinanzierung erwogen.

¹⁴² Das INPS hat beispielsweise eigene Sozial- und Gesundheitseinrichtungen wie z. B. Gesundheitszentren und Kindergärten, die die Versicherten bisher kostenlos nutzen können. Allerdings zeigt die geringe Zahl der Einrichtungen, wie beschränkt das Angebot ist, das zudem stark auf die Hauptstadt Bamako konzentriert ist. Aber auch diese Dienste können kaum mit den Beiträgen gedeckt werden, so dass die Gesundheitsdienste des INPS auch für Außenstehende geöffnet worden, die dafür Nutzungsgebühren zahlen. Zudem wird diskutiert, ob auch die Sozialversicherten einen zusätzlichen Beitrag leisten sollen, wenn sie die Dienste nutzen (Kouyaté 1998: 57-61).

Tabelle 2: Bestehende und geplante formelle Sicherungsmechanismen im Gesundheitsbereich in Mali

Form der Gesundheits-sicherung	Steuerungs- typ	Finanzierungs- quelle	Abgedeckte Bevölkerungsgruppen
<i>Ausgewählte kostenlose Gesundheitsdienste</i>	Hierarchie	Staat & Entwicklungshilfe	Kinder unter 5 Jahren und schwangere Frauen (z. B. Malaria, Impfungen), Frauen mit Geburtskomplikationen (z. B. Kaiserschnitt), Betroffene sozial stigmatisierender Krankheiten (z. B. Lepra, HIV/AIDS, TB)
Neue <i>Assurance Maladie Obligatoire (AMO)</i>	Hierarchie	Arbeitgeber & -Nehmer, Staat	Angestellte des öffentlichen Dienstes & des formellen Wirtschaftssektors, die dem Arbeitsrecht unterliegen, Parlamentsabgeordnete
Neues <i>Régime d'Assistance Médicale (RAMED)</i>	Hierarchie	Staat & Gemeinden	Bedürftige, auf 600'000-750'000 Personen geschätzt
<i>Régimes d'entreprise</i> (Betriebskrankenkasse, Verträge mit kommerziellen Versicherungen etc.)	Markt	Unternehmen	Angestellte im formellen Wirtschaftssektor
<i>Régimes d'Assurance Maladie</i>	Markt	Mitgliederbeiträge	A priori offen für alle, de facto zahlungskräftige Angestellte des formellen Wirtschaftssektors
<i>Mutuelles de santé</i>	Solidarität (Reziprozität)	Mitgliederbeiträge, Staat & Entwicklungshilfe	Arbeitende im informellen Wirtschaftssektor, ländliche Bevölkerungen

Im Falle von Gesundheitsproblemen sichert sich der Großteil der Bevölkerung auch über informelle, solidaritätsgesteuerte Formen ab. Patienten mobilisieren und konvertieren Ressourcen in Bares, um die Gesundheitsleistungen finanzieren zu

können, die mit wenigen Ausnahmen kostenpflichtig sind¹⁴³. Dennoch liegt der Bevölkerungsanteil, der in der Gesundheitssicherung über formelle Formen erreicht wird, etwas höher als für andere Sicherungsbereiche. So gehört Mali zu den wenigen afrikanischen Ländern, in denen zirka 5% der gesamten Gesundheitskosten über private, freiwillige Krankenversicherungen finanziert werden (Sekhri & Savedoff 2005: 130). Dabei handelt es sich um profitorientierte Versicherungsunternehmen und um gemeindebasierte Krankenversicherungen des Typs *mutuelles de santé*. Letztere werden in Mali seit Anfang der 1990-er Jahre gefördert. Der Staat hat mit dem im Jahr 1996 verabschiedeten Gesetz zur Regelung der *mutuelles de santé* sowie mit nachfolgenden Erlassen und Dekreten festgelegt, nach welchen Prinzipien solche *mutuelles* aufgebaut und geführt werden müssen¹⁴⁴. Bisher hat sich der Staat in Gestalt des zuständigen Ministeriums für soziale Entwicklung, Solidarität und ältere Personen (*Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées*) aber auf seine Rolle als *steward* beschränkt (Weltgesundheitsorganisation 2000), d. h. die Regulierung und institutionelle Förderung der *mutuelles* (*Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées* 2005). Seine untergeordneten nationalen, regionalen und distriktbasierten Behörden leisten aber z. T. auch technische bzw. finanzielle Unterstützung¹⁴⁵.

Die technische Unterstützungsstruktur *Union Technique de la Mutualité Malienne* (UTM) begleitet und unterstützt den Aufbau neuer *mutuelles de santé*, sowohl im urbanen als auch im ländlichen Raum¹⁴⁶. Sie hat sich außerdem zur Aufgabe gemacht, auf nationaler Ebene die Strategien zur Entwicklung und Förderung der malischen *Mutualité* auszuarbeiten. Mali ist eines der westafrikanischen Länder mit der höchsten Zuwachsrate an gemeindebasierten Krankenversicherungen. Während 2004 56 Krankenkassen tatsächlich operierten und schätzungsweise 205'000 Versicherte auf sich vereinten, waren es 2009 zirka

¹⁴³ So sind beispielsweise Impfungen und Malaria-Behandlung für Kinder unter 5 Jahren sowie die Diagnose und Behandlung sozial stigmatisierender Krankheiten wie Tuberkulose und Lepra kostenlos.

¹⁴⁴ Es handelt sich dabei um das Gesetz Nr. 96-022, die Dekrete Nr. 96-136/P-RM und Nr. 96-137/P-RM (zu Kapitalanlagen und Deponierung der Einnahmen von *mutuelles* bzw. zu den Satzungen des Typs *mutuelles*) sowie die Erlasse Nr. 97-0477/MSSPA/MATS-SG und Nr. 02-1742/MDSSPA-SG (zu den gesetzlichen Genehmigungsprozeduren bzw. zu Verfahren der Verwaltungs- und Finanzkontrolle bei den *mutuelles*).

¹⁴⁵ Dies sind die *Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire*, die *Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire* sowie der *Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire du Cercle*. Ihre Aufgabe besteht darin, über regelmäßige, begleitende Supervisionsbesuche das Verwaltungs- und Finanzmanagement der Krankenversicherungen zu stärken und zu überwachen. Dazu gehören Abklärungen, ob die Gesetzestexte beim Aufbau von *mutuelles* bzw. Änderungen in Bezug auf ihre Satzungen und Geschäftsordnung eingehalten werden (z. B. bezüglich Höhe der Kapitalanlagen und Reserven), ob die administrativen Abläufe in einer gegebenen Kasse entsprechend ihrer Satzungen und Geschäftsordnung befolgt werden, und ob die Buchhaltung regelmäßig und korrekt geführt wird (*Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées* 2005: 8-12, 27).

¹⁴⁶ Der Großteil dieser *mutuelles* ist zugleich Mitglied der UTM, die als Dachorganisation fungiert. In diesem Zusammenhang bemüht sich die UTM, politisches Sprachrohr für ihre Mitgliedsorganisationen zu sein und ihre Interessen national zu vertreten.

91 mit 215'000 versicherten Personen. Damit werden ungefähr 2% der Bevölkerung mit einem solchen Versicherungsschutz erreicht. Wie die Zahlen veranschaulichen, geht dieser leichte Anstieg an Versicherten auf Neugründungen vieler kleiner Krankenkassen und nicht auf Steigerungen der Versichertenzahlen bestehender Versicherungen zurück (Concertation 2004:12, 48; Prud'Homme & Traoré 2010: 69).

Für Bevölkerungen in urbanen Zentren (Selbständige und Angestellte im Informellen und formellen Sektor) bietet die UTM eine freiwillige Krankenversicherung an. Diese nennt sich *Assurance Maladie Volontaire* (AMV) und wird zentral von der UTM verwaltet. Die AMV wird über städtische Mitgliedskrankenkassen der UTM vertrieben, sofern diese das Leistungspaket der AMV anbieten wollen. So können beispielsweise Einwohner der Stadt Ségou über ihre Mitgliedschaft in der *Mutuelle de Santé Interprofessionnelle de Ségou* das Leistungspaket der AMV beziehen¹⁴⁷. Ländliche, kleinbäuerliche Bevölkerungen sind allerdings von der AMV ausgeschlossen. Sie können aber ihre eigene *mutuelle* gründen, die dann von der UTM technisch begleitet wird, sofern finanzielle Unterstützung von dritter Seite gegeben ist. Diese *mutuelles* bieten ihr eigenes Leistungspaket an, abhängig von den Präferenzen der potenziell begünstigten Bevölkerung, ihrer Zahlungsfähig- und Willigkeit sowie der jeweils vorherrschenden Krankheitslast. Der Vorteil einer AMV gegenüber ländlichen Kassen ist, dass sich AMV-Mitglieder in verschiedenen urbanen Zentren behandeln lassen können, nicht nur in ihrem Wohnort¹⁴⁸. In der Regel liegen die einmaligen Mitgliedsbeiträge pro Haushalt für ländliche Versicherungen zwischen 1'000 und 1'500 FCFA (1.60-2.30 EUR), für die AMV bei 2'500 FCFA (3.80 EUR). Der Versicherungsbeitrag pro Person beläuft sich je nach Leistungspaket für ländliche Kassen auf 1'150 bis 3'500 FCFA pro Jahr (1.75-5.35 EUR), bei der AMV auf 490 bis 1'500 FCFA pro Monat (0.75-2.30 EUR). Während der Selbstbehalt bei ländlichen Versicherungen je nach Leistungen zwischen 25-40% liegt, müssen AMV-Versicherte 25% selbst bezahlen.

Mittlerweile haben gibt es einige, wenige Initiativen, die sich darum bemühen, neue Kassen von Anfang geographisch weiter auszurichten oder bestehende Versicherungen in ihrem Einzugsgebiet auf umliegende Gemeinden auszudehnen. Ein erster Versuch, eine Versicherung auf regionaler Ebene aufzubauen, stellt die *Mutuelle de Santé Régionale de Sikasso* (MUSARS) im Südosten des Landes dar. Ziel der malischen, französischen und kanadischen Partnerorganisationen¹⁴⁹ ist es,

¹⁴⁷ Dementsprechend sitzen im Vorstand der Krankenkassen, die die AMV vertreiben, sowohl Vertreter ihrer eigenen Mitglieder als auch der UTM. Letztere sind für die Informationsarbeit, Sensibilisierung, Eintreibung der Versicherungsprämien sowie für die Überwachung der erbrachten Leistungen zuständig.

¹⁴⁸ Die UTM wird nicht nur vom malischen Staat finanziell unterstützt, sondern auch von Gebern wie der französischen Entwicklungsagentur (UTM-Operationen in Sikasso, Mopti und Gao) und der belgischen *Mutuelle Chrétienne d'Anderlue* (UTM-Operationen in Ségou).

¹⁴⁹ Dies sind im Einzelnen die *Union Technique de la Mutualité Malienne* (UTM), das Mikrofinanznetzwerk *Kafo Jiginew*, die Nationale Direktion für Soziale Sicherung und Solidarische Wirtschaft, die französische *Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France* sowie die kanadische Gesellschaft für Internationale Entwicklung,

vor allem Kunden des malischen Mikrofinanznetzwerkes *Kafo Jiginew* auch mit Krankenversicherungsschutz zu versorgen. A priori liegt der Vorteil in einer solchen Vorgehensweise darin, dass die potenziellen Kunden bereits in einem Netzwerk organisiert sind und ihr Krankenkassenbeitrag von ihrem Sparkonten automatisch abgebogen werden kann. Doch die Kunden von *Kafo Jiginew* sind in der Mehrzahl Baumwollproduzenten, die allerdings durch den zwischenzeitlichen Verfall des Weltmarktpreises deutlich weniger Einnahmen hatten und auch daher das Interesse an Krankenkassenschutz bisher verhalten blieb.

In den letzten Jahren aber hat sich der malische Staat stärker in die umfassendere Gestaltung des Krankenkassenschutzes eingeschaltet und mit dem Gesetz 015 vom 26.06.2009 die Einführung einer Pflichtkrankenversicherung (*Assurance Maladie Obligatoire* - AMO) beschlossen. Diese soll zunächst nur bestimmte Berufsgruppen wie Arbeitnehmende des öffentlichen und formellen, privaten Sektors sowie Parlamentsabgeordnete einschließen, die insgesamt zwei Millionen Menschen oder 16% der Bevölkerung ausmachen¹⁵⁰. Dies wird das bisherige *Régime de Protection contre la Maladie* des INPS ersetzen. Zudem sollen weitere 600-750'000 Menschen über das neu einzurichtende *Régime d'Assistance Maladie* (RAMED) versichert werden, die bedürftig sind¹⁵¹. Obschon diese beiden hierarchiegesteuerten Sicherungsformen bisher noch nicht flächendeckend umgesetzt worden sind, stellt sich für die solidaritätsgesteuerte Krankenversicherung AMV die Frage, welche Rolle sie in Zukunft hat, da sie wie die AMO u.a. auch formal beschäftigte Arbeiter abdeckt¹⁵². Zur Ausweitung des Krankenkassenschutzes hat die malische Regierung Anfang 2011 mit Unterstützung internationaler Geber wie der Weltbank, der *Bill and Melinda Gates Foundation* und USAID auch eine nationale Politikstrategie zu gemeindebasierten Krankenkassen verabschiedet. Danach soll der Versicherungsschutz durch den Aufbau einer gemeindebasierten Krankenkasse pro Bezirk bzw. Kommune ausgedehnt werden.

deren Mitglied SSQ (eine Finanz- und Versicherungsgruppe) insbesondere technische Beratung gegeben hat (Prud'Homme & Traoré 2010: 70).

¹⁵⁰ Bis anhin haben öffentliche Angestellte und formal beschäftigte Arbeiter sowie Pensionierte dieser Sektoren u. a. Krankenhauskosten vollständig bzw. zu 80% erlassen bekommen. Formal beschäftigte Arbeiter können primäre Gesundheitsdienste kostenlos nutzen, und Arbeitsunfälle bzw. Berufskrankheiten werden finanziell ebenso abgedeckt. Auch das Personal von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen und ihre Familien haben von kostenlosen Untersuchungen profitiert.

¹⁵¹ Die Sozialdienste der Gemeinden sollen sicherstellen, dass die Gesuche von bzw. für Bedürftige geprüft werden. Wenn diesen stattgegeben wird, erhalten die Personen eine Bedürftigenkarte, über die sie bei der *Agence Nationale d'Assurance Medicale* (ANAM) für 1 Jahr eingeschrieben werden. Diese schließt Verträge mit Gesundheitseinrichtungen ab, so dass anerkannte Bedürftige dort kostenlose Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen können, die die ANAM über das RAMED finanziert. Allerdings fehlen dazu bisher die Ressourcen, da ein durchschnittlicher, jährlicher Betrag von 11'400 FCFA (17 EUR) pro bedürftiger Person veranschlagt wird, wobei die Gesamtkosten zu 65% vom Staat und 35% von den Gemeinden getragen werden sollen.

¹⁵² Ebenso bleibt bislang offen, ob die UTM eine Rolle bei der Verwaltung der AMO hätte. In jedem Falle soll aber die UTM weiterhin eine zentrale Rolle bei der Ausdehnung gemeindebasierter Kassen für ländliche, kleinbäuerliche Bevölkerungen spielen, die durch die AMO nicht abgedeckt sind.

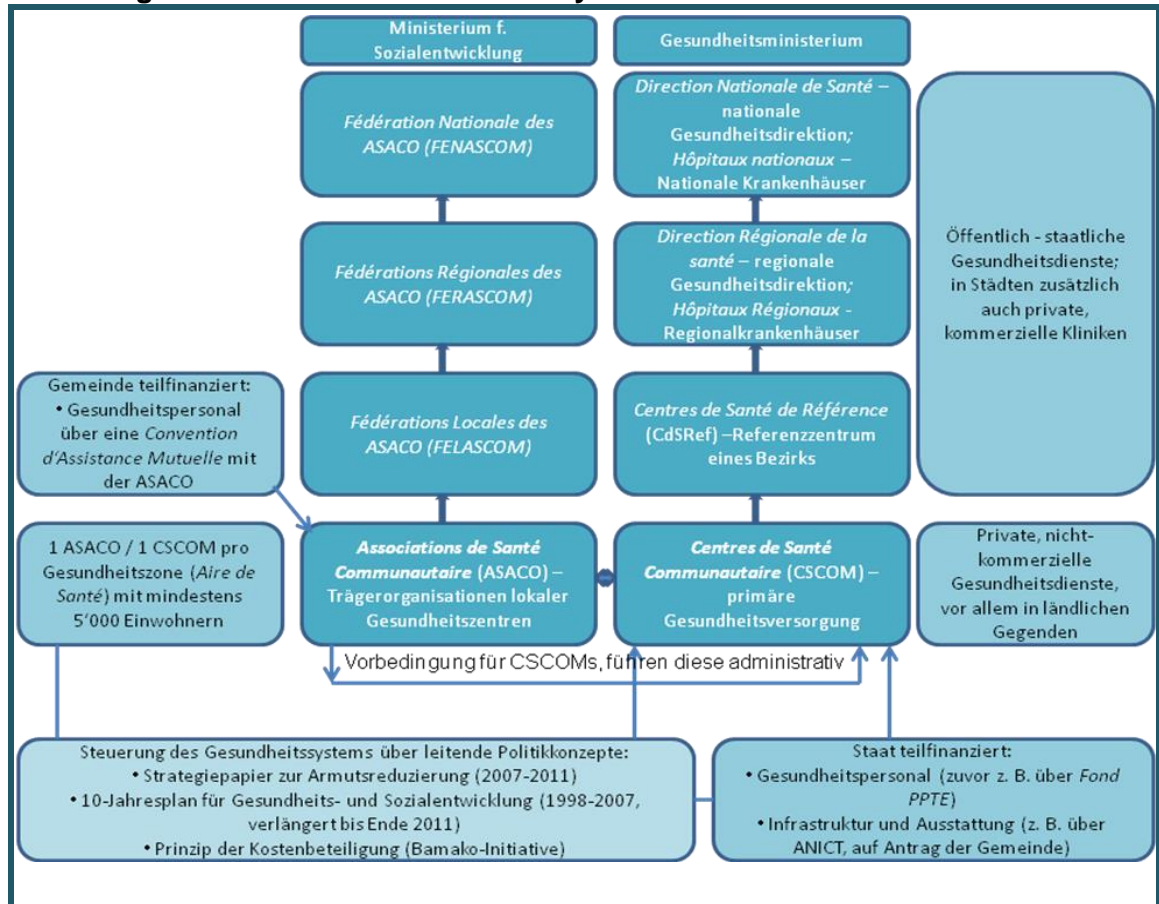
50% der Prämien sollen staatlich subventioniert werden (Healthsystems 20/20 2011). So soll der Anteil Versicherter in Mali von 2 auf 3% der Bevölkerung gesteigert werden (Entwicklung & Zusammenarbeit 2010: 70). Dies bedeutet, dass die Steuerung der *mutuelles* stärker hierarchisch ausgerichtet wird. All diese Elemente sind im nationalen Aktionsplan 2011-2015 zur Entwicklung des sozialen Sicherungssystems festgehalten. Inwiefern die politisch instabile Lage diese Reformvorhaben verlangsamen bzw. gar zunichtemachen wird, lässt sich noch nicht abschätzen, obschon diese Maßnahmen angesichts der Lage im Norden des Landes momentan nur eingeschränkt umgesetzt werden können.

6.4.2. Gesundheitsversorgung

Um Gesundheit zu sichern, greifen Bevölkerungen auf unterschiedliche Arten der Gesundheitsversorgung zurück. Im malischen Kontext gibt es informelle Anbieter wie traditionelle Heilpraktiker und Marabouts, aber auch fliegende Händler und Marktverkäufer. Zudem suchen Patienten auch informell praktizierende Krankenpfleger oder Apotheken auf, die im Gegensatz zu den anderen genannten Anbietern meist formell sind. Dasselbe gilt für die seit 1985 zugelassenen privat praktizierenden Ärzte bzw. Kliniken, die sie sich weitgehend auf den urbanen Raum beschränken (Audibert & de Roodenbeke 2005: 32f.). Schließlich gibt es teils öffentliche, teils private nicht-kommerzielle Gesundheitsanbieter. Sie formen mit Apotheken und privat praktizierenden Ärzten und Kliniken das formelle malische Gesundheitssystem. Dieses ist im Wesentlichen durch vier Strukturelemente geprägt:

- Die Einführung der Kostenbeteiligung im Zuge der Strukturanpassungsprogramme (1980-er Jahre),
- die Dezentralisierungspolitik seit den 1990-er Jahren,
- die Dominanz privater, nicht-kommerzieller Gesundheitsdienste sowie
- die Ausrichtung der nationalen Politik auf Armutsreduzierung und wirtschaftliches Wachstum, wie sie im Strategiepapier zur Armutsreduzierung (*Poverty Reduction Strategy Paper*) festgehalten ist.

Abbildung 2: Das formelle Gesundheitssystem Malis



Eigene Darstellung

Das Prinzip der Kostenbeteiligung, wonach Patienten zumindest einen Teil der Behandlungskosten selbst tragen müssen, wurde als erstes 1983 in öffentlichen Krankenhäusern eingeführt. Mit der internationalen Initiative von Bamako (1987) wurde nicht nur in Mali das Prinzip der Kostenbeteiligung national verankert und im Zuge der folgenden Strukturanpassungsmaßnahmen flächendeckend eingeführt. Hauptgrund für die Aufgabe kostenloser Gesundheitsdienste war die schlechte Ressourcenausstattung des Staates, die es nicht erlaubte, die Bedürfnisse der Bevölkerung auch nur annähernd zu decken (Audibert & de Roodenbeke 2005: 7).

Durch die Dezentralisierung des Gesundheitswesens wurde die Kostenbeteiligung mit der Delegierung von Verantwortlichkeiten auf die lokale Ebene verbunden. Die Besonderheit des malischen Gesundheitssystems besteht darin, dass die unterste Ebene der Gesundheitsversorgung privat, aber vornehmlich nicht-kommerziell organisiert ist. Danach werden lokale Gesundheitszentren (*Centre de Santé Communautaire* - CSCOM¹⁵³) durch nicht-kommerzielle Vereinigungen

¹⁵³ Ein CSCOM besteht in der Regel aus einem Dispensarium für grundlegende kurative Dienste und Impfungen, einem Geburtshaus für Entbindungen sowie prä- und postnatale Untersuchungen sowie einem Medikamentendepot. Dementsprechend besteht das vorgesehene Mindestpersonal aus einem/r staatlich diplomierte/n Krankenpfleger/-Schwester, einer Matrone sowie einem/r Leiter/in des Medikamentendepots (Audibert & de Roodenbeke 2005: 22, 25f.).

administrativ geführt - die sogenannten *Associations de Santé Communautaire* (ASACO). Sie können als Trägerorganisationen dieser Zentren verstanden werden. Die ASACO werden durch Solidarität gesteuert. Dennoch gibt es auch Elemente hierarchischer Steuerung, da es staatliche Vorgaben gibt. Die Gründung einer ASACO ist gemäß gesetzlicher Regelungen Vorbedingung dafür, dass überhaupt ein lokales Gesundheitszentrum aufgebaut werden darf. Aufgabe der ASACO ist es, Haushalte zum Erwerb einer jährlich zu erneuernde Mitgliedskarte zu bewegen und so durch die Beiträge ihre eigene Arbeit finanzieren können¹⁵⁴. Dazu gehört neben Verwaltungsaufgaben auch die Informations- und Sensibilisierungsarbeit in den Dörfern. So soll die ASACO die Bevölkerung von einer Behandlung im CSCOM sowie der Notwendigkeit von regelmäßigen Hygiene- und Präventionsmaßnahmen überzeugen (Audibert & de Roodenbeke 2005: 25). Überdies muss die ASACO in einem fest umrissenen Einzugsgebiet agieren, einer sogenannten Gesundheitszone (*aire de santé*) (Audibert & de Roodenbeke 2005: 16). Diese ist oft deckungsgleich mit der Gemeinde. Dennoch kommt es vor, dass eine Gemeinde aus mehreren Gesundheitszonen besteht, da eine Gesundheitszone zwar mindestens 5'000 Menschen umfassen sollte, die aber nicht weiter als 15 Kilometer vom Gesundheitszentrum entfernt leben sollten¹⁵⁵.

Im Gegensatz zu den CSCOMs sind Referenzkrankenhäuser und Gesundheitszentren auf nationaler, regionaler und Distriktebene in öffentlicher Hand (Audibert & de Roodenbeke 2005: 1). Die Delegation von Verantwortung auf die unterste, gesellschaftliche Ebene kann auf den ersten Blick als gelungene Umsetzung der Deklaration von Alma-Ata aus dem Jahre 1978 gewertet werden, wonach Gemeinschaften die Ausgestaltung und Führung lokaler Gesundheitsdienste entsprechend ihrer Bedürfnisse maßgeblich selbst bestimmen und so dem Ziel der Gesundheit für alle näher kommen. Doch erstens wird nicht nur Verantwortung, sondern auch ein Teil der Finanzlast von der nationalen auf die lokale Ebene delegiert, denn lokale Gesundheitsdienste müssen sich vor allem aus den Nutzergebühren für unterschiedliche Dienstleistungen, aus den Mitgliedsgebühren für die ASACO sowie aus dem Medikamentenverkauf finanzieren (Audibert & de Roodenbeke 2005: 16). Zweitens sind nicht alle ASACO und CSCOM Produkt gesellschaftlicher Selbstorganisation und solidarischer, sondern hierarchischer Steuerung. Durch die administrative Einteilung des Landes in Gesundheitszonen bestimmt letztendlich der Staat, wo ein Gesundheitszentrum gebaut und eine ASACO gegründet werden soll, zumal der Staat in den allermeisten Fällen zumindest einen Teil der Baukosten, eine Grundausstattung mit medizinischen Geräten sowie den ersten Medikamentenvorrat stellt. Nicht zuletzt rührt der Einfluss des Staates auch daher, dass er durch zahlreiche vertikale Programme den Gesundheitszentren unterschiedliche Behandlungen gratis zur

¹⁵⁴ Mitgliedshaushalte zahlen dadurch nur die Hälfte der Konsultationskosten exklusive Medikamente (*ticket modérateur*) (Audibert & de Roodenbeke 2005: 17).

¹⁵⁵ Dieses Prinzip wurde eingeführt um sicherzustellen, dass ein Gesundheitszentrum durch ein genügend großes Einzugsgebiet und damit einer ausreichend Anzahl von Patient(inn)en eine Chance auf finanzielle Tragfähigkeit hat.

Verfügung stellt, so z. B. für Lepra, Tuberkulose, Kaiserschnitte im Krankenhaus oder pränatale Folgeuntersuchungen. Schließlich wird das Gesundheitspersonal in den CSCOM technisch durch das Referenzzentrum auf Distriktebene (*Centre de Santé de Référence*) angeleitet und überwacht¹⁵⁶.

Allerdings initiieren allmählich auch Gemeinden ASACO und CSCOM und beantragen bei der staatlichen *Agence Nationale d'Infrastructures des Collectivités Territoriales* (ANICT) Teilfinanzierung. Neben der ASACO selbst und dem Staat finanzieren auch Gemeinden einen Teil des Gesundheitspersonals¹⁵⁷. Die Zusammenarbeit der Gemeinde mit der ASACO ist in der Regel in einer *Convention d'Assistance Mutuelle* festgehalten.

Infolge der Dezentralisierung und der Ausrichtung der nationalen Politik auf Armutsreduzierung ist die Anzahl privater, nicht-kommerzieller Gesundheitszentren (CSCOM) zwischen 1998 und 2007 von 347 auf 827 gestiegen. Die flächendeckende Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit lokaler Gesundheitsdienste und Medikamente, ihre effiziente Verteilung und Verschreibung als auch die Qualitätsverbesserung der Gesundheitsdienste sind wesentliche Schwerpunkte der nationalen Strategiepapiere zur Armutsreduktion¹⁵⁸ sowie des daran gekoppelten 10-Jahresplans für Gesundheits- und Sozialentwicklung (*Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2007* - PDDSS), der die Senkung von Kinder- und Müttersterblichkeit zum Ziel hat (Audibert und de Roodenbeke 2005: 8)¹⁵⁹.

Trotz erster Fortschritte gibt es weiterhin eine Reihe Herausforderungen, die das formelle Gesundheitssystem angehen muss. Neben vielfach mangelhafter Verwaltung der Gesundheitszentren durch ihre ASACO¹⁶⁰ zeigt sich, dass die

¹⁵⁶ Die Referenzzentren wiederum unterstehen der regionalen Gesundheitsdirektion (*Direction Régionale de la Santé*). Die regionalen Gesundheitsdirektionen rapportieren an die nationale Gesundheitsdirektion (*Direction Nationale de la Santé*), die dem Gesundheitsministerium untersteht.

¹⁵⁷ Der malische Staat hat in den letzten Jahren vor allem über den sogenannten Fonds *Pays Pauvres Très Endettées* (PPTÉ) Schul- und Gesundheitspersonal bereitgestellt, welches Gemeinden, regionale und Distriktbehörden beantragen können. Die Einrichtung dieses Fonds geht auf den Schuldenerlass zurück, wonach die begünstigten Länder wie Mali sich verpflichten mussten, die erlassenen Schulden in Bildung und Gesundheit zu investieren. Trotz bürokratischer Hürden und komplizierter administrativer Abläufe, die es für viele Gemeinden schwierig machen, Anträge einzugeben, sind dennoch viele zusätzliche Stellen in Schulen und Gesundheitseinrichtungen geschaffen worden. Allerdings wird seit 2008 kein neues Personal mehr über den Fonds finanziert.

¹⁵⁸ Dies sind der *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté* 2002-2006 (CSLP) sowie der *Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté* 2007-2011 (CSCR) (Republik Mali 2006).

¹⁵⁹ Dieser ist in zwei Phasen unterteilt, wobei jede Phase in einem detaillierten 5-Jahresplan ausgearbeitet ist. Mittlerweile läuft der 2. 5-Jahresplan (*Programme d'Orientation de Développement Socio-Sanitaire* – PRODESS II), der aufgrund eines verzögerten Starts erst 2011 anstatt 2007 ausläuft.

¹⁶⁰ Den meisten Verantwortlichen fehlt es trotz bestehender gesetzlicher Regelungen zu den Funktionsprinzipien einer ASACO an Ausbildung und begleitender technischer Unterstützung, um ein Gesundheitszentrum führen zu können. Nicht zuletzt aber besteht die kleine Führungsgruppe der ASACO nicht selten aus lokal einflussreichen Personen, die die Vereinigung ohne große Konsultation der übrigen Mitglieder führt und zum Teil ASACO-Gelder für persönliche Zwecke einsetzt. Zudem kommt es nicht selten zu Konflikten

Bevölkerung trotz weit verbreiteter Gesundheitsprobleme¹⁶¹ die lokalen Gesundheitsdienste nur unzureichend nutzt. Die durchschnittliche Anzahl neuer Kontakte pro Person und Jahr für kurative Dienste in staatlich anerkannten Gesundheitszentren (öffentlich oder privat) beträgt lediglich 0,23, während die Weltgesundheitsorganisation 0,5 als internationales Ziel ansetzt, d. h. dass jede zweite Person mindestens einmal im Jahr Gesundheitsdienste aufsucht. Auch für pränatale Untersuchungen oder betreute Entbindungen bleiben die Nutzungsraten hinter den nationalen Zielsetzungen zurück, ganz zu schweigen von der Familienplanung (Audibert & de Roodenbeke 2005: 27). Wesentliche Engpässe bestehen nicht nur in Bezug auf die Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Ausstattung der Gesundheitszentren, sondern auch auf ausreichend qualifiziertes und motiviertes Gesundheitspersonal. 2003 hatten lediglich 18% der bestehenden ländlichen Gesundheitszentren einen Arzt (Audibert & de Roodenbeke 2005: 22ff., 32ff.). Die Nicht-Regierungsorganisation *Santé Sud* hat diese Situation erkannt und den Aufbau der so genannten *Association des Médecins de Campagne* unterstützt. Diese Vereinigung identifiziert junge Ärztinnen und Ärzte, die bereits sind, für einige Jahre im ländlichen Bereich zu praktizieren. Von der Vereinigung erhalten sie neben einem Kurs zur Vorbereitung auf die Arbeit mit ländlichen Gemeinschaften ein Startkit, welches u. a. Solarpanels beinhaltet, damit sie in ihrer privaten Unterkunft mit Strom versorgt sind.

Weitere Gründe für die ungenügende Nutzung sind die vielfach schlechte Dienstleistungsqualität (z. B. Einhaltung von Diagnose- und Behandlungsrichtlinien), fehlende Patientenorientierung, aber auch die Nutzungsgebühren für Behandlungen. In 11 untersuchten Gesundheitszentren in der Region zahlten Patienten in 2011 durchschnittlich 2'000 FCFA für ein Medikamentenrezept (*coût de l'ordonnance*), obwohl diese zum größten Teil Generika beinhalten. Grund dafür ist zum einen, dass bis zu 4 Medikamente (einschließlich eines Antibiotikums) verschrieben bzw. häufig Injektionen anstatt Medikamente verabreicht werden, was nicht nur die Kosten steigert, sondern auch mögliche Resistenzen fördert (Initiative 2011). Biomedizinische Medikamente sind daher mit 84% auch der größte Kostenposten privater Gesundheitsausgaben in Mali (Audibert & de Roodenbeke 2005: 1, 15, 18f.). Zum anderen kommen viele Patienten erst dann ins Gesundheitszentrum, wenn die Behandlung beim traditionellen Heilpraktiker oder die Selbstbehandlung keinen Erfolg gebracht haben. Denn viele traditionelle Heilpraktiker und informell praktizierende Gesundheitsarbeiter akzeptieren Zahlungen in Naturalien oder Behandlung auf Kredit (Audibert & de Roodenbeke 2005: 29, 33f.). Audibert und de Roodenbeke legen offen, dass trotz der

zwischen ASACO und Gesundheitspersonal. Dieses versucht häufig, die Verwaltung des Zentrums an sich zu nehmen, auch weil es sich häufig mit einer inkompetenten ASACO konfrontiert sieht (Audibert & de Roodenbeke 2005: 2, 7, 24ff.).

¹⁶¹ Die Lebenserwartung liegt noch immer nur bei 55 Jahren für Männer und 54 Jahren für Frauen (Population Reference Bureau 2014). Haupttodesursachen bei Kindern sind neonatale Krankheiten (25.9%), Lungenentzündungen und andere Atemwegserkrankungen (23.9%), Durchfall (18.3%) und Malaria (16.9%), alles relativ leicht heilbare Krankheiten.

Ausrichtung auf Armutsreduzierung der Großteil der staatlichen Mittel für Gehälter und andere, laufende Kosten auf der nationalen Ebene verbleibt (59%) und verhältnismäßig wenig in die Regionen und Distrikte (18%) fließt. Dies unterstreicht einmal mehr, dass die Finanzierung lokaler Gesundheitsdienste vor allem den Bevölkerungen überlassen wird, die zirka 50% aller nationalen Gesundheitskosten durch Direktzahlungen tragen (Audibert & de Roodenbeke 2005: 14).

7. Strukturen sozialer Differenzierung in den Untersuchungsgebieten

Da der systematische Vergleich zwischen versicherten und unversicherten Haushalten aus den in der Einleitung aufgeführten Gründen nicht nur in einem Untersuchungsgebiet durchgeführt werden sollte, wurden **zwei** ländliche Lokalitäten Malis ausgewählt. Es handelt sich um

- die Gesundheitszone (*aire de santé*) Cinzana-Gare in der Gemeinde Cinzana, die in der Region Ségou (1,6 Millionen Einwohnern) und 250 km nordöstlich der Hauptstadt Bamako liegt; und
- die Gesundheitszone Kourouma in der gleichnamigen Gemeinde, die in der Region Sikasso (1,7 Millionen Einwohnern) und etwa 420 km südöstlich der Hauptstadt Bamako gelegen ist.

Abbildung 3: Die Untersuchungsgebiete in Mali



Diese beiden Lokalitäten wurden bewusst aufgrund gegebener Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede ausgewählt. Die Ähnlichkeiten beziehen sich vor allem auf die örtlichen Krankenkassen und Gesundheitsdienste, die Unterschiede auf die geographisch-klimatischen, sozioökonomischen und anderen Grundcharakteristika der Lokalitäten. **Gemeinsam** haben die beiden Lokalitäten, dass sie

- ländlich sind;
- über eine gemeindebasierte Krankenversicherung verfügen, die
 - nach derselben Vorgehensweise aufgebaut worden ist (Machbarkeitsstudie, Einbindung der potenziellen

- Nutznießenden in die Definition des Leistungspakets und die Ausarbeitung der Statuten etc.),
- sich durch ähnliche Charakteristika bzgl. ihrer Ausgestaltung auszeichnet (ehrenamtliches Management, Leistungspaket, Prämienhöhe, Selbstbehalt etc.),
- durch den selben technischen Unterstützungsdienst begleitet wird, die *Union Technique de la Mutualité Malienne* (UTM),
- seit geraumer Zeit Leistungen bereitstellt (Cinzana seit 2004, Kourouma seit 2002),
- ihre jeweilige Krankenkasse im Jahr der Haushaltsbefragung (2006) ein fast identisch großes Einzugsgebiet (Gesundheitszone) hatte, was die Anzahl Einwohner angeht (Cinzana-Gare: knapp 13'000; Kourouma: fast 12'500)
- ein lokales Gesundheitszentrum (CSCOM) haben, das dieselbe palette and Gesundheitsdiensten anbietet und von einem Landarzt geführt wird.

Aufgrund der Ähnlichkeiten in Bezug auf die technisch-organisatorische Ausgestaltung der Krankenversicherungen und der von ihnen unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste konnte davon ausgegangen werden, dass etwaige Unterschiede zwischen den beiden Lokalitäten in Bezug auf das Beitrittsverhalten der Haushalte nicht einem grundsätzlich anderen Angebot geschuldet sind. Jedoch beleuchtet diese Arbeit andere beitriffsrelevante Aspekte wie z. B. die Wahrnehmung der Befragten, was die Qualität der Gesundheitsdienste angeht oder die sozial-geographische Herkunft des Krankenkassen-Managements.

Unterschiedlich sind die beiden Lokalitäten insofern, als

- Cinzana-Gare (Region Ségou) in der südlichen Sahelzone liegt, wo die klimatischen Bedingungen den Anbau von *cash crops* wie z. B. Baumwolle nur beschränkt zulassen;
- die kleinbäuerliche Bevölkerung folglich vor allem Trockengetreide wie Hirse und Sorghum anbaut;
- die Bamana den Großteil der Bevölkerung ausmachen;
- die Bevölkerung mit Ausnahme eines Dorfes fast ausschließlich muslimischen Glaubens ist; und
- sich im Gegensatz zu Kourouma in der Gemeinde Cinzana deutlich mehr Entwicklungsinitiativen finden;
- Kourouma (Region Sikasso) im südöstlichen Teil Malis nahe der ivoirischen und burkinischen Grenze liegt, der regenreicher und fruchtbarer, weshalb Baumwollanbau sowie Gemüseanbau stark verbreitet ist;
- die Sénoufo die überwiegende Mehrheit der vor allem kleinbäuerlichen Bevölkerung ausmachen;

- das Gebiet bezüglich der Religionszugehörigkeit durch eine starke Durchmischung muslimischen, christlichen und lokalen Glaubens gekennzeichnet ist, wobei synkretistische Formen weit verbreitet sind.

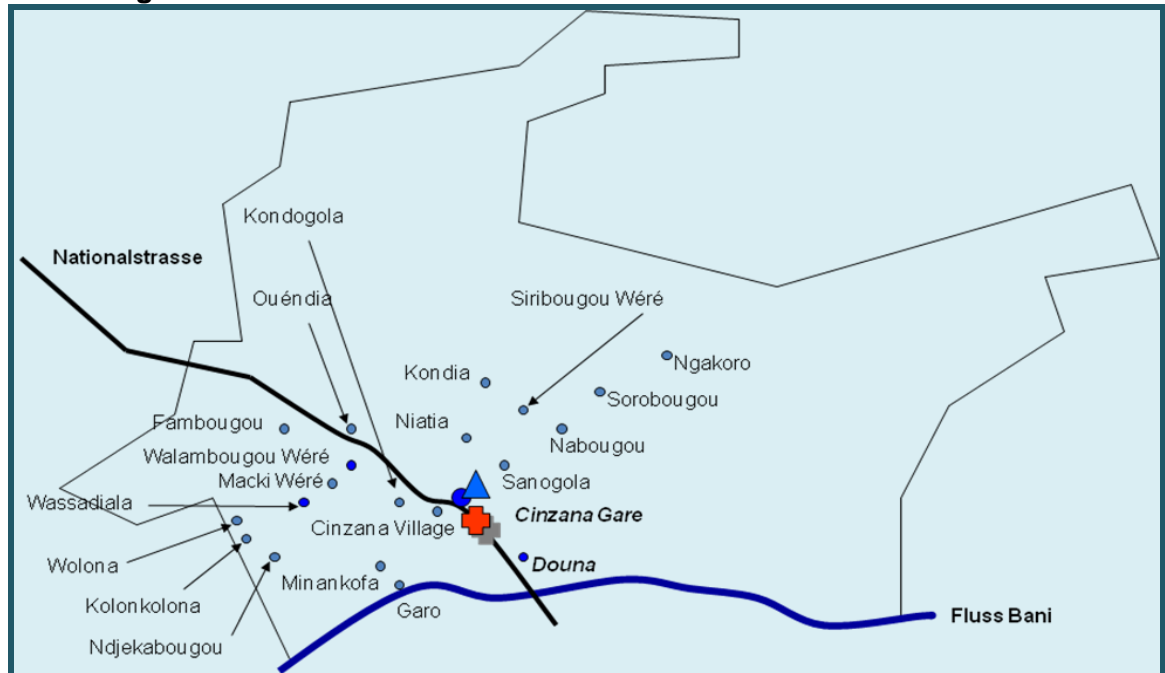
Trotz der vorteilhafteren natürlich-klimatisch Bedingungen und des Baumwollanbaus in Kourouma stuft eine Studie die Region Sikasso in die Kategorie der sozioökonomisch am schlechtesten gestellten Regionen Malis ein, während die Region Ségou in der mittlere Kategorie zu finden ist (*Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Âgées* et al. 2006: 26). Jedoch ist diese Einordnung kritisiert worden (Audibert & van de Roodenbeke 2005: 15). Insgesamt gibt es so gut wie keine Daten und Literatur zu den beiden Untersuchungslokalitäten. Die vorgestellten Charakteristika und relevanten Elemente sozialer Differenzierung beruhen vor allem auf den Aussagen von Schlüsselinformanten und den erstellten Dorfportraits. Im Falle von Cinzana-Gare wurden auch einige Daten einer partizipativen Situationsanalyse verwendet, die als Grundlage für die Planung und Umsetzung eines Projekts diente, das die Syngenta Stiftung für Nachhaltige Landwirtschaft noch immer unterstützt (vgl. www.syngentafoundation.org).

7.1. Die ländliche Gesundheitszone Cinzana-Gare

Die 1996 gegründete Gemeinde Cinzana liegt in der Region Ségou, zwischen den Flüssen Niger und Bani, rund 40 Kilometer östlich der Regionalhauptstadt Ségou (105'305 Einwohner). Mit 72 Dörfern ist Cinzana die größte ländliche Gemeinde Malis, was die Anzahl Dörfer angeht. Sie hatte 2006 rund 33'000 Einwohner. Die Bevölkerungsdichte liegt hier wie in weiten Teilen der Region Ségou deutlich höher als in anderen Gebieten Malis (Krings 2006: 56). Die Gemeinde besteht aus einem nördlichen und einem südlichen Teil, sie ist zudem in vier Gesundheitszonen unterteilt. Die Erhebungslokalität, die Gesundheitszone Cinzana-Gare, liegt im südlichen Teil der Gemeinde. Die Gesundheitszone Cinzana-Gare besteht aus 21 Dörfern und umfasste 2006 12'772 Einwohner (siehe Abbildung 4 unten bzw. Tabelle 6 im Anhang 1, S. 241f.).

Die Dörfer der Gesundheitszone und Gemeinde stellen sich wie in vielen anderen Gebieten des Sahels zumeist als kompakte Haufendörfer mit sozioprofessioneller (z. B. „Schmiedekaste“) bzw. ethnischer Viertelbildung (z. B. Bamana, Fulbe) dar (Krings 2006: 106). Die Gehöfte der Familien umfassen in der Regel Wohn- sowie haus- und landwirtschaftliche Bereiche (Getreidespeicher, Küchengebäude, Tiergehege bzw. Viehbereiche).

Abbildung 4: Die Gesundheitszone Cinzana-Gare



Sozioökonomische Differenzierungen – die Bedeutung der Wanderarbeit

Die Bevölkerung der Gemeinde Cinzana ist wie alle anderen ländlichen Gegenden des Landesteils südlich der Sahara durch kleinbäuerliche Familien (*du*) geprägt, deren Haushalte (*gwa*) gemeinsam wirtschaften. Dies spiegelt sich in den Tätigkeiten der untersuchten Haushalte wider: 98% betreiben Landwirtschaft, insbesondere den Anbau von Hirse und Sorghum, aber auch von Mais, Sesam und Kuhbohnen. In der für den Markt bestimmten Viehzucht sowie im Gemüseanbau sind jeweils 20% der interviewten Haushalte aktiv. Relativ weit verbreitet ist der Kleinhandel, an dem 46% der befragten Haushalte beteiligt sind. Lediglich 10% der Haushalte haben ein Mitglied im Haushalt, das ein Handwerk (Schmiede, Schreiner, Maurer usw.) betreibt. Ebenso sind es 10% der Haushalte, die eine Person in einem Angestelltenverhältnis (Lehrer, Verwaltung, Chauffeur, landwirtschaftlicher Berater) in ihren Reihen haben. Viele dieser Haushalte leben im Hauptort. Neben Verwaltungsangestellten der Gemeinde und Schulen handelt es sich mehrheitlich um Mitarbeiter der landwirtschaftlichen Forschungsstation, die zum großen Teil zugezogen sind und daher nicht in einer Großfamilie (*du*) leben. Diese Zahlen untermauern einerseits, dass alle Haushalte unterschiedliche Tätigkeiten kombinieren - Landwirtschaft für den Eigenbedarf und den Markt, Vieh- und Geflügelhaltung, Kleinhandel etc., um den Lebensunterhalt zu sichern. Insbesondere der in Elwerts Typologie vorgestellte Typ 1 ist in Cinzana-Gare noch weit verbreitet (siehe Kapitel 5.2.1). Lohnarbeit ist kaum gegeben, und die Überschussproduktion wird verkauft, um ein monetäres Einkommen zu erzielen. Andererseits scheinen sich die Haushalte sozioökonomisch zumindest in Bezug auf Tätigkeiten zu unterscheiden, die nicht sehr stark verbreitet sind und ein nicht

unwesentliches bzw. regelmäßiges Zusatzeinkommen einbringen (Viehzucht für den Markt, Gemüseanbau, Lohnarbeit).

Da in der langen Trockenzeit von Dezember bis Juni kaum Landwirtschaft betrieben werden kann und alternative einkommensschaffende Aktivitäten rar sind, ist temporäre Migration junger Männer und Frauen von hoher sozioökonomischen Bedeutung für die Haushalte und Familien. 73% aller in der Gesundheitszone Cinzana-Gare befragten Haushalte hatten 2006 mindestens ein Mitglied in der Großfamilie, das saisonal auf Wanderarbeit ging. Von Cinzana aus gehen die Migrant(inn)en beispielsweise in die umliegenden Gegenden der Regionen Ségou und Sikasso, aber auch nach Bamako und in die Elfenbeinküste. Während die Männer in Reisplantagen, in den Minen oder als Tagelöhner in der Stadt arbeiten, gehen die jungen Frauen als Hausmädchen in die urbanen Zentren, wo sie neben Kost und Logis ein geringes Entgelt erhalten, das sie zur Finanzierung ihrer Hochzeitsaussteuer verwenden. Zudem hatten 44% der untersuchten Haushalte ein Familienmitglied, das permanent woanders lebte. Während Wanderarbeit bereits in Zweidritteln aller Familien vorkommt, scheint dauerhafte Migration eines Familienmitglieds noch ein sozioökonomisch relevantes Differenzierungskriterium innerhalb der Gesundheitszone zu sein.

Soziokulturelle Differenzierungen

In Bezug auf ihre ethnische Zugehörigkeit ordnen sich in Cinzana-Gare 51% der befragten Haushalte den Bamana zu, 15% den Fulbe und 31% anderen Gruppen (Bobo, Sarakolé, Bozo), die allesamt jeweils weniger als 10% ausmachen. Zum Teil fällt ethnische Zugehörigkeit mit dörflicher Herkunft zusammen. So ordnen sich die meisten Einwohner(innen) des Fischerdorfs Garo am Fluss Bani ethnisch den Bozo zu. Ein Teil der jungen Männer aus diesem Dorf migriert für eine gewisse Zeit vor allem in die Küstenländer, um dort als Fischer anzuheuern. Unweit dieses Dorfes liegt das einzige, rein katholische Dorf der Gemeinde, Minankofa, in dem während der Kolonialzeit Angehörige der als Bobo bezeichneten Ethnie durch weiße Missionare (*pères blancs*) angesiedelt worden waren. Die Dörfer Walambougou Wéré, Siribougou-Wéré und Wassadiala sind wiederum fast ausschließlich von „echten“ Fulbe (*pheuls rouges* im malischen Französisch) bewohnt, die Fulfulde sprechen. Dahingegen finden sich beispielsweise in Sorobougou, Macky Wéré, Nabougou und Ndjékabougou viele sogenannte Bamana-fula, die kein Fulfulde, sondern Bamana sprechen. Sie leben in Fulbe-Vierteln.

Lokaler sozio-politischer Kontext

In Bezug auf den lokalen, soziopolitischen Kontext spielen die Dorfcheads und ihr jeweils zirka zehnköpfige Dorfrat weiterhin eine entscheidende Rolle, und dies nicht nur bei der Organisation von Gemeinschaftsaktivitäten auf Dorfebene. Hierzu spricht der Dorfrat alle Vorstände der Großfamilien an, die ihre Haushalte informieren und beispielsweise ihre Familienvertreter für die Gemeinschaftsarbeiten benennen und abordnen. Der Dorfrat ist auch erster Ansprechpartner für Vertreter der Gemeinde,

Präfektur und von Entwicklungshilfeprojekten. So treten die Gemeindevertreter mit dem Dorfrat in Kontakt, um die Zahlung der lokalen Steuern sicherzustellen.

Von weiterhin großer lokaler Bedeutung sind die endogenen Jugend-, Frauen- und Dorfvereinigungen, die *tòn*. Während Jugendvereinigungen in der Regel bezahlte Feldarbeit für Bauern ohne genügend Arbeitskräfte verrichten und die Einnahmen z. T. dem Dorf für den Aufbau bzw. die Reparatur von Schulen, Brunnen und anderen Infrastrukturen zukommen lassen, kaufen Dorfvereinigungen beispielsweise Zugtiere, die sie vermieten. Diese Einnahmen dienen u. a. Dorfbewohnern zur finanziellen Unterstützung bei Hochzeits- und Tauffesten sowie Beerdigungen.

Aufgrund der relativ vielen Entwicklungsinitiativen in Cinzana-Gare (siehe nächster Abschnitt) gibt es eine Reihe von Personen, die verschiedene Funktionen innehaben. Dazu gehörte 2006 der 1. Stellvertreter des Bürgermeisters, der gleichzeitig Schatzmeister der Krankenkasse war, sowie der 2. Stellvertreter, der als Präsident der Kontrollkommission der Krankenversicherung fungierte. Einerseits spiegelt dies den Umstand wider, dass die Auswahl an ausreichend ausgebildeten Kräften in ländlichen Gebieten beschränkt ist. Andererseits geht es für diese Personen hierbei auch um soziales Prestige und Macht.

Sozial-räumlicher Kontext - Zugang zu sozialen und Gesundheitsdiensten

In Bezug auf den sozial-räumlichen Kontext profitiert die Gesundheitszone Cinzana-Gare von ihrer Nähe zur Regionalhauptstadt Ségou. Insbesondere die Dörfer entlang der geteerten Nationalstraße haben eine gute Anbindung. Dazu gehören neben dem Hauptort Cinzana-Gare auch Ouéndia, Fambougou und Douna. Der Hauptort beherbergt zudem nicht nur die einzige Sekundarschule und das Haupt-Gesundheitszentrum der Gemeinde, sondern auch das wesentliche Gewerbe und den einzigen Wochenmarkt der Umgebung. Sowohl das Bürgermeisteramt und der Gemeinderat als auch die Unterpräfektur sind in Cinzana-Gare angesiedelt. Cinzana-Gare wurde erst 1920 durch die Kolonialadministration gegründet, die den Wochenmarkt von Niatia und die mittlerweile still gelegte Bahnstrecke von Ségou näher an den Fluss Bani bringen wollte. In der Folge zogen viele Händler aus Ségou und anderen Orten nach Cinzana-Gare (Niangado et al. 2006: 7). Die Gemeinde Cinzana verfügt auch über eine Mobiltelefonverbindung¹⁶². Die Befahrbarkeit der Pisten mit Fahrrad, Motorrad bzw. Minibus zwischen den Dörfern ist im Vergleich zu Kourouma gut: 67% der interviewten Haushalte verfügen gemäß eigener Angaben über eine gute Verbindungspiste zum Hauptort, 21% über eine akzeptable und lediglich 12% über eine schlechte Piste, die während der Regenzeit an manchen Stellen unpassierbar ist.

¹⁶² Das Mobiltelefonnetz der Hauptanbieter Orange und Malitel hat sich im Laufe der letzten Jahre enorm ausgeweitet, so dass mittlerweile immer mehr ländliche Gegenden abgedeckt sind. Dies bewirkt, dass immer mehr ländliche Bewohner(innen) über ein Mobiltelefon verfügen. Pro 100 Einwohner gibt es in Mali bereits 27 Mobiltelefonbesitzer (Population Reference Bureau 2010).

Bezüglich sozialer Dienste verfügten 2006 11 der 21 Dörfer der Gesundheitszone über eine Primarschule. Allerdings gab es bis 2006 nur ein einziges Gesundheitszentrum in der gesamten Gemeinde, welches von einer *Association de Santé Communautaire* (ASACO) geführt wird¹⁶³. Die ASACO *Jigigifa* von Cinzana-Gare wurde 1995 gegründet und 1996 offiziell anerkannt (Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung 2008: 31f.). Das Gesundheitszentrum wurde im Rahmen eines Pilotprojekts neu gebaut und ausgestattet und erhielt einen Landarzt sowie weiteres, qualifiziertes Gesundheitspersonal¹⁶⁴. Ebenso profitierte die ASACO von Unterstützung durch das Projekt. Das von der Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung technisch unterstützte und größtenteils finanzierte Gesundheitsprojekt hatte zum Ziel, durch die Verknüpfung einer lokalen Krankenversicherung mit der Qualitätsverbesserung präventiver und kurativer Gesundheitsdienste den Zugang der Bevölkerung zu qualitativ akzeptabler Gesundheitsversorgung zu erleichtern¹⁶⁵. 2008 wurde das Pilotprojekt auf andere Gesundheitszonen in der Region Ségou ausgeweitet. Diese Anschlussinitiative für einen verbesserten Zugang ländlicher Bevölkerungen zu primären Gesundheitsdiensten (*Initiative pour un Meilleur Accès aux Services de Santé dans la Région de Ségou*) schloss aber weiterhin Cinzana-Gare ein und wurde Ende 2014 eingestellt¹⁶⁶. Neben den Managementkapazitäten der Trägerorganisation des Gesundheitszentrums (ASACO) sowie der Qualität der Gesundheitsversorgung wurde auf der „Angebotsseite“ die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Patienten gestärkt. Auf der „Nachfrageseite“ wurde die Unterstützung der Krankenkasse MUSAC fortgeführt, um über die Ausdehnung ihres Einzugsgebiets auf die benachbarten Gesundheitszonen und Gemeinden, durch ein erweitertes Leistungspaket sowie durch die Anstellung eines hauptamtlichen Sachbearbeiters mehr Versicherte zu gewinnen. Schließlich unterstützte die Initiative die Bemühungen der Bevölkerungen, ihre Einkommensquellen zu diversifizieren und ihr Einkommen zu steigern. Dazu wurden

¹⁶³ Seit Beginn 2007 hat auch die Gesundheitszone Zambougou eine aktive Trägerorganisation (*Association de Santé Communautaire*) und ein Gesundheitszentrum, welches Leistungen bereitstellt. Auch in den anderen beiden Gesundheitszonen Tongo und Faléma sind mittlerweile jeweils ein Zentrum gebaut und Trägerorganisationen ins Leben gerufen worden, die aber im Gegensatz zu Cinzana-Gare und Zambougou noch nicht lange operationell sind.

¹⁶⁴ Das Grundgehalt des Landarztes wurde über den staatlichen Fonds PPTTE finanziert, zusätzlich erhielt er 25% der Einnahmen des Gesundheitszentrums als Leistungsanreiz erhielt (Niangado 2006: 18).

¹⁶⁵ Die Verbindung der Krankenkasse mit der Stärkung kurativer und präventiver Gesundheitsdienste wurde deshalb als sinnvoll erachtet, weil ohne Verbesserungen der lokalen Gesundheitsdienste der Anreiz für einen freiwilligen Krankenkassenbeitritt kaum gegeben gewesen wäre. Denn die Kasse hatte in ihrem Einzugsgebiet keine Auswahl an Gesundheitszentren und -Anbietern. Zugleich können sich verstärkt angewendete Präventionsmaßnahmen kostensenkend für die Krankenkasse und die Bevölkerungen auswirken (Niangado et al. 2006: 11).

¹⁶⁶ Die Initiative ging auf einen Kooperationsvertrag zwischen der Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung und der malischen Regierung zurück, wobei die untergeordneten regionalen und Distriktbehörden für Gesundheit sowie soziale Entwicklung die technischen Partner der Stiftung waren. Neben der Stiftung unterstützten auch der malische Staat sowie die Gemeinden, in denen die geförderten Gesundheitsdienste und Krankenkassen liegen, die Initiative finanziell (Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung 2008: 9, 47f.).

Kleinkredite für Frauenvereinigungen bereitgestellt und einkommensschaffende Maßnahmen von Kooperativen und Einzelpersonen gefördert, so z. B. der Anbau und die Kommerzialisierung von Sesam und Jatropha bzw. die Produktion von Milch (Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung 2008: 24f., 36-39).

Der Aufbau der gemeindebasierten Krankversicherung, der *Mutuelle de Santé de Cinzana* (MUSAC), wurde technisch von der *Union Technique de la Mutualité Malienne* (UTM) und finanziell von der Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung unterstützt¹⁶⁷. Die MUSAC ist offiziell anerkannt und stellt seit Anfang 2004 (Eröffnung des neuen Gesundheitszentrums) Leistungen bereit. Der einmalige Mitgliedsbeitrag pro Haushalt betrug bis zum Jahr 2010 1'000 FCFA¹⁶⁸, der jährliche Versicherungsbeitrag pro Person belief sich auf 1'150 FCFA. Dafür waren 60% der Kosten aller ambulanten Dienste im örtlichen Gesundheitszentrum sowie 75% der Transport- und Behandlungskosten bei Geburtskomplikationen abgedeckt. Während Erstere nur im Gesundheitszentrum Cinzana-Gare in Anspruch genommen werden konnten, beziehen sich Letztere auf das Regionalkrankenhaus in Ségou. Um dem Trittbrettfahrer-Problem vorzubeugen, wurde eine Warteperiode von 3 Monaten eingeführt, bevor eine neu versicherte Person Leistungen in Anspruch nehmen kann. Die Krankenversicherung hat einen Vertrag mit der ASACO von Cinzana-Gare unterzeichnet, der die Bedingungen regelt, zu denen Versicherte im Gesundheitszentrum behandelt und die Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen erstattet werden¹⁶⁹. Zum Zeitpunkt der Haushaltsbefragung im Jahr 2006 hatte die Krankenkasse von Cinzana-Gare insgesamt 1'915 Versicherten, was knapp 15% der Bevölkerung in der Gesundheitszone Cinzana-Gare entsprach¹⁷⁰.

¹⁶⁷ Die Finanzierung beinhaltete sowohl die Machbarkeitsstudie und technische Ausgestaltung des Leistungsangebots, die Aus- und Weiterbildung sowie technische Begleitung des Krankenkassen-Managements als auch soziale Marketing-Kampagnen zur Anwerbung neuer Mitglieder. All diese Aktivitäten wurden von der UTM ebenso begleitet wie die Ausarbeitung der Satzungen und Statuten sowie die Wahl der Organe (Dorfantennen, Exekutivbüro, Verwaltungsrat und Kontrollkommission). Jedoch gab es keine Subventionen für das Management der Versicherung (z. B. Gehälter) oder die Prämien der Versicherten.

¹⁶⁸ Damit ist der Haushaltsvorstand als Mitglied in der Generalversammlung der Versicherung stimmberechtigt.

¹⁶⁹ Anfang 2010 beschloss die Generalversammlung der Krankenkasse von Cinzana wichtige Änderungen. Zum einen dehnte sie ihr offizielles Einzugsgebiet auf die anderen drei Gesundheitszonen der Gemeinde Cinzana sowie auf die Nachbargemeinden Katiéna und Saminé aus, womit sie a priori eine interkommunale Kasse ist. Zum anderen hat sie einen ausgebildeten Krankenpfleger angestellt, der aus der Gemeinde kommt und die Kasse seit langem gut kennt. Er übernahm Aufgaben wie Mitgliederwerbung und -betreuung sowie Buchführung (Anzahl Mitglieder und Versicherter, geleistete Prämienzahlungen, Kontrolle der Leistungsansprüche etc.). Sein Gehalt wurde von der *Initiative pour un Meilleur Accès aux Services de Santé dans la Région de Ségou* finanziert (siehe weiter unten). Schließlich ist die Deckung der ambulanten Dienste im örtlichen Gesundheitszentrum auf 75% und bei Geburtskomplikationen auf 100% erhöht worden. Im Gegenzug wurde allerdings der jährliche Versichertenbeitrag pro Person auf 2'000 FCFA angehoben.

¹⁷⁰ Allerdings hatten nur etwas mehr als die Hälfte der Versicherten tatsächlich die vollständige Prämie für das laufende Jahr 2006 beglichen (Niangado et al. 2006: 16-39; Schulze 2004).

Abgesehen von dieser Gesundheitsinitiative beherbergte die Gemeinde Cinzana 2006 eine Anzahl anderer Entwicklungsinitiativen, u. a. von der *International Association for Maternal and Neonatal Health* (Schweiz) und *Care Mali* unterstützte Gesundheitsprojekte sowie von der *Japan International Cooperation Agency* (JICA) und der Syngenta Stiftung für Nachhaltige Landwirtschaft (das *Projet de Renforcement des Capacités pour une Agriculture Durable* - PRECAD) geförderte Landwirtschaftsprogramme (Niangado et al. 2006: 8). Zudem existiert seit 1983 die staatliche, landwirtschaftliche Forschungsstation von Cinzana (*Station de Recherche Agronomique de Cinzana – SRAC*), die sich auf 280 Hektaren der Erforschung und Entwicklung verbesserter Hirse- und Sorghumsorten sowie angepasster Anbau- und Düngertechniken widmet¹⁷¹.

7.2. Die ländliche Gesundheitszone Kourouma

Die Gesundheitszone Kourouma ist im Gegensatz zu jener von Cinzana-Gare deckungsgleich mit der Gemeinde Kourouma. Diese liegt in der Region Sikasso, 77 Kilometer nordwestlich der gleichnamigen Regionalhauptstadt (144'801 Einwohner). Sie besteht aus 10 Dörfern (siehe Abbildung 5, S. 145 beziehungsweise Tabelle 7 im Anhang 1, S. 243) und hatte 2007 insgesamt 12'457 Einwohner.

Sozioökonomische Differenzierung – die Bedeutung der Baumwolle

Ebenso wie in Cinzana-Gare betreiben in Kourouma nahezu alle interviewten Haushalte Landwirtschaft (99%). Jedoch ist diese anders strukturiert als in Cinzana-Gare, weil in Kourouma Baumwolle angebaut wird. Die Ernte wird an die *Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles* (CMDT) verkauft. Daneben wird mehr Viehzucht (31% aller befragten Haushalte) und vor allem Gemüseanbau (57%) als in Cinzana-Gare betrieben, was die günstigeren klimatischen Bedingungen widerspiegelt. Außerdem hat mehr als ein Drittel der Haushalte eine Person in ihren Reihen, die im Handwerk aktiv ist, allerdings nicht als Schreiner oder Maurer, sondern Baumwollspinner, Seil- und Korbmacher (37%). In Kourouma ist der Kleinhandel (25%) weniger als Tätigkeit unter den Haushalten verbreitet als in Cinzana-Gare, Haushalte mit Personen in Lohnarbeit sind ebenso selten wie in Cinzana-Gare (9%). Wie in Cinzana-Gare kombinieren Individuen und Haushalte unterschiedliche Tätigkeiten. Die Aussage eines versicherten Haushaltsvorstands veranschaulicht dies:

¹⁷¹ Dabei wurden zur Ertragssteigerung z. B. lokale Hirse- und Sorghumsorten auf konventionelle Weise gekreuzt sowie Hirse und Kuhbohne alternierend in Feldern angebaut. Die Station wurde in einer Zusammenarbeit der malischen Regierung mit USAID, ICRISAT und der ehemaligen Ciba-Geigy Stiftung für die Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern aufgebaut, die im Zuge der Fusion der beiden Pharmaunternehmen Ciba-Geigy und Sandoz seit 1996 Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung heißt. Von 1989, nach dem Ausstieg von USAID und ICRISAT, bis 2002 war die Novartis Stiftung neben dem malischen Staat alleinige Finanzierungspartnerin der Station (Leisinger et al. 1996: 184-188). Von 2002-2010 wurde die Station direkt von der Syngenta Stiftung für Nachhaltige Entwicklung unterstützt, die 2002 im Zuge der Entstehung des Agri-Business Syngenta gegründet wurde und die von der Novartis Stiftung unterstützten landwirtschaftlichen Entwicklungsprojekte weiterführte (Niangado et al. 2006: 9).

„(...) Die Tierzucht, die ich unterhalte, erlaubt mir in andere ökonomische Tätigkeiten zu investieren und gleichzeitig die Gesundheit meiner Familie zu sichern, indem ich den Beitrag der Krankenkasse zahle.“

Zum Zeitpunkt der Haushaltsbefragung im Jahr 2007 litten die Produzierenden, die in drei Vereinigungen (*Coopératives des Producteurs de Coton* – CPC) organisiert sind, am sinkenden Weltmarktpreis für Baumwolle. Dieser Umstand sowie die Abhängigkeit vom Regen macht es schwieriger, die auf Kredit gekauften landwirtschaftlichen Geräte und Inputs (Saatgut, Dünger, Pestizide) zu finanzieren. So konstatiert ein Haushaltsvorstand:

„Ich nehme eine zunehmende Abhängigkeit vom Baumwollanbau fest. OK, aber wir hängen zu sehr davon ab, um die Kredite zurückzuzahlen, die wir dafür aufgenommen haben.“

Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Kourouma

Dennoch sind auch die (vergangenen) positiven Effekte der Baumwollwirtschaft sichtbar: Die meisten Familien der Dörfer Kourouma und Kougouala haben verbesserte Wohnhäuser aus Lehm mit Wellblechdächern. Solche Häuser sind allgemein recht verbreitet in der Baumwollregion Sikasso (Krings 2006: 110).

Im Gegensatz zu Cinzana-Gare ist die Gesundheitszone Kourouma vor allem durch permanente Migration geprägt. 77% aller Haushalte hatten zum Zeitpunkt der Befragung wenigstens ein Mitglied in der Familie, das dauerhaft anderswo lebt. Aber „nur“ 51% der untersuchten Haushalte hatten ein Familienmitglied in ihren Reihen, welches auf saisonale Wanderarbeit gegangen war. Saisonale Wanderarbeit ist in Kourouma auch deshalb weniger verbreitet, weil durch den Baumwollanbau die landwirtschaftliche Saison bereits im März beginnt und dieser viele Arbeitskräfte erfordert. Zudem ermöglichen Gemüseanbau und andere Tätigkeiten Einkommensalternativen während der Trockenzeit.

Soziokulturelle Differenzierung und Familienstrukturen

In Bezug auf die ethnische Zugehörigkeit ordnen sich von den befragten Haushalten 79% den Sénoufo zu, 10% den Bamana, 7% den Fulbe und 4% anderen Ethnien. Die Bamana leben insbesondere im Dorf Diélé, die Fulbe in Dougoubala. Im Gegensatz zu Cinzana-Gare ist Kourouma religiös durchmischer und synkretistische Formen mit Elementen muslimischen und lokalen Ahnenglaubens sind weit verbreitet wie z. B. in den Dörfern Kougouala und Diélé. Lokale Glaubensformen sind vor allem in den Dörfern Fôh, Zagnéguébougou, Tiogola, Zaniénani und Nagnéguéla vorzufinden. Hingegen ist Dougoubala mehrheitlich muslimisch geprägt.

Ein weiterer Unterschied zu Cinzana-Gare besteht in der Existenz sehr großer Familien mit 30-40 Personen, die bis zu 16 Haushalte und 100 Personen umfassen

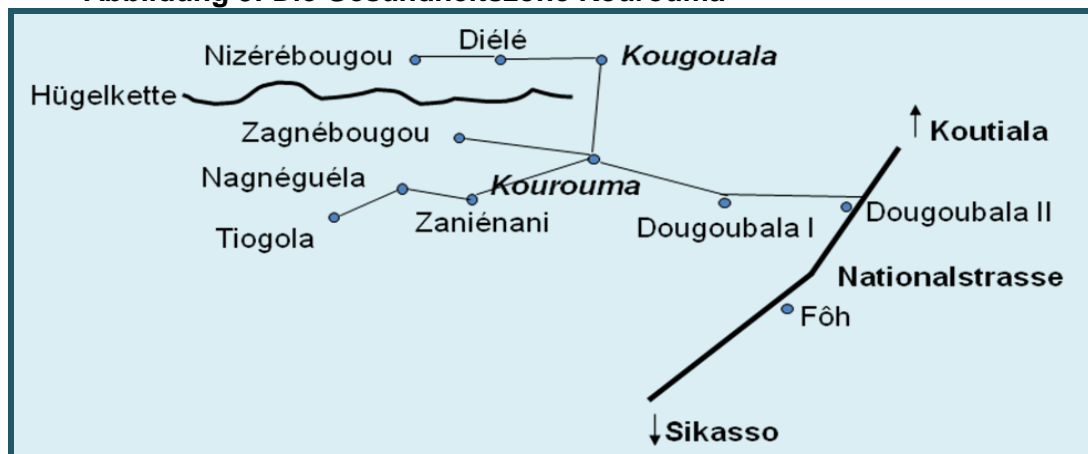
können. Dies sind vor allem in den Dörfern Kourouma, Kougoula und Tiogola anzutreffen. Der soziale Zusammenhalt im Dorf wird laut unterschiedlichen Dorfräten durch Heiratsverbindungen vor allem zwischen den Großfamilien innerhalb eines Dorfes gefestigt.

Sozial-räumlicher Kontext - Zugang zu sozialen und Gesundheitsdiensten

Im Vergleich zu Cinzana-Gare ist Kourouma infrastrukturell weniger gut erschlossen. Lediglich 27% der befragten Haushalte haben eine gute Verbindungsstraße zwischen Dorf und Hauptort, 46% eine akzeptable, aber 27% eine schlechte Verbindung, die während der Regenzeit unpassierbar ist. Lediglich das zweitgrößte Dorf der Gemeinde bzw. Gesundheitszone Kourouma, Fôh, liegt an der geteerten Nationalstraße RN6. Vor seiner jetzigen Lage war das Dorf etwas landeinwärts gelegen. 1982-83 jedoch entschieden die Dorfältesten, das Dorf an die Nationalstraße zu „verlegen“, um letztlich eine bessere Anbindung an Sikasso, die Märkte und den Handel zu haben. Insbesondere die Dörfer Niagnéguéla, Zaniénani und Tiogola einerseits sowie Diélé und Nizérébougou andererseits liegen bereits zwischen 7-10 Kilometer vom Hauptort Kourouma entfernt. Diese Verbindungswege sind in mangelhaftem Zustand. Der Hauptort liegt selbst zirka 12 Kilometer landeinwärts von der Nationalstraße. Dort haben Bürgermeister und Gemeinderäte ihren Sitz. Im Zuge der Baumwollwirtschaft hat die *Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles* (CMDT) den Bau einiger Infrastrukturen im Dorf unterstützt. Neben einer relativ guten Trinkwasserversorgung durch Tiefbrunnen gibt es in Kourouma auch solarbetriebene Wasserpumpen und eine Mobiltelefonverbindung. Sowohl Kourouma als auch Fôh haben einen Wochenmarkt.

Jedes Dorf der Gemeinde verfügt mittlerweile über eine staatliche oder gemeinschaftlich organisierte Grundschule (*école fondamentale* bzw. *communautaire*). Die staatlichen Schulen von Kourouma und Fôh haben auch einen Sekundarschulzweig (in Französisch *second cycle*, d. h. 7.-9. Klasse). Überdies hat die Gemeinde ein Gesundheitszentrum im Hauptort Kourouma, welches von einem Landarzt geführt und von einer 1995 gegründeten *Association de Santé Communautaire* (ASACO) verwaltet wird. Gemäß Angaben von Schlüsselinformanten ist der Landarzt - wie vorgesehen in der nationalen Gesundheitspolitik - offiziell von der ASACO angestellt. De facto aber führt er das Zentrum wie eine Privatpraxis. Daneben gibt es noch eine Geburtsstation (*maternité*) in Fôh. Auch in der Gesundheitszone Kourouma sind in einigen Dörfern private Kranken- bzw. Impfhelfer (*agents vaccinateurs*) aktiv, die auf eigene Rechnung arbeiten (ARPAD-Mali 2009: 1f.).

Abbildung 5: Die Gesundheitszone Kourouma



Die lokale Krankenversicherung, die *Mutuelle Interprofessionnelle de Santé de Kourouma* (MIPROSK), wurde 2000 gegründet und stellt seit 2002 Leistungen bereit. Gefördert wurde der Aufbau der Versicherung von der *Action Sociale* sowie der *Compagnie Malienne de Développement des Textiles*. Insofern wurde sie wie im Falle Cinzana-Gares zumindest zum Teil extern angeregt und in der Aufbauphase auch finanziell unterstützt. Der einmalige Mitgliedsbeitrag beträgt wie in Cinzana-Gare 1000 FCFA, der jährliche Versicherungsbeitrag belief sich 2007 auf 1790 FCFA pro Person und lag damit über jenem der Krankenkasse Cinzana-Gare. Dafür werden neben 60% der ambulanten Kosten im lokalen Gesundheitszentrum von Kourouma gar 100% der Kosten bei Geburtskomplikationen übernommen. Darüber hinaus deckt die MIPROSK 75% der Kosten kleinerer chirurgischer Eingriffe ab, die vom Landarzt in Kourouma vorgenommen werden können. Wie in Cinzana-Gare hat die MIPROSK einen Vertrag mit der ASACO von Kourouma, der die Bedingungen für die Behandlung der Versicherten und die Erstattung der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen regelt. 2006 waren 7,4% der Bevölkerung in der Gesundheitszone Kourouma versichert, etwa halb so viel wie in Cinzana-Gare.

Im Gegensatz zu Cinzana-Gare beherbergt die Gemeinde Kourouma weniger extern angeregte Entwicklungsprojekte. Die wesentliche Unterstützung kam 2006 vom *Programme d'Appui aux Communes Rurales* (PACR), welches einen technischen Berater bereitstellte, der den Dörfern und der Gemeinde bei der Ausarbeitung, Planung und Durchführung von Vorhaben half, die auf den Schutz natürlicher Ressourcen und Hygiene abzielen.

Lokaler sozio-politischer Kontext

Wie in Cinzana-Gare sind auch in Kourouma die Dorfchefs und –Räte weiterhin einflussreich, zumal der Dorfbzusammenhalt in Kourouma aufgrund von Heiraten zwischen den Großfamilien noch stärker ausgebildet ist. Generell gilt der Dorfrat als Verbindungsglied zwischen Bevölkerung und Kommunalverwaltung beziehungsweise Akteuren wie der *Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles* (CMDT). Der Rat bemüht sich in der Regel als Koordinationsorgan um die Umsetzung dörflicher Entwicklungsinitiativen.

Auch die Jugend-, Frauen- und Dorfvereinigungen sind ebenso präsent wie in Cinzana-Gare. Während die Jugendvereinigungen bezahlte Feldarbeit für individuelle Bauern leisten und mit den Gewinnen zumindest zum Teil die kollektive Dorfkasse alimentieren, konzentrieren sich die Dorfvereinigungen auf die Finanzierung und Durchführung von Dorffesten sowie von Hochzeiten, Taufen und Beerdigungen innerhalb der im Dorf ansässigen Familien. Oftmals erwirtschaften diese Dorfvereinigungen Erträge, indem jede Familie eine Arbeitskraft abstellt, die dann gemeinsam Gemeinschaftsfelder bestellen oder wiederum bezahlte Feldarbeit leisten. Ein interviewter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Kourouma führt aus:

„Dieser tòn arbeitet für andere Gruppen oder Personen oder sogar für die Mitglieder. Das verdiente Geld dient dazu, Mitgliedern in Schwierigkeiten und auch der ganzen Bevölkerung zu helfen.“

Im Gegensatz zu Cinzana-Gare gibt es in Kourouma nicht nur weniger Entwicklungsinitiativen, sondern auch weniger ausgebildete Personen, die solche führen könnten. Dies zeigt sich auch im Bürgermeisteramt, wo nur der damalige Gemeindesekretär eine formale Ausbildung genossen hatte. Der Bürgermeister selbst konnte weder lesen noch schreiben, so wie die Mehrzahl der Gemeinderäte.

8. Methoden-Mix für den Vergleich von Haushalten

Die Operationalisierung des Bezugsrahmens und der systematische Vergleich von Lebensführungsmustern versicherter und nicht-versicherter Haushalte bedürfen eines angemessenen Methodenansatzes. Aufgrund fehlender Primärdaten zu verschiedenen Aspekten sozialer Differenzierung ist eine quantitative Methodenkomponente unerlässlich. Eine ausreichend große quantitative Datenbasis ist auch nötig, um die relative Bedeutung unterschiedlicher Einflussfaktoren des Krankenkassenbeitritts sowie die Verbreitung verschiedener Lebensführungsmuster ermitteln zu können. Der gewählte **Methodenmix**, mit einer Reihe sequentiell nacheinander eingesetzter Instrumente ermöglicht, mit Hilfe der qualitativen Erhebungsmethoden nicht nur lokal relevante Kategorien sozialer Differenzierung zu identifizieren. Mit ihrer Hilfe lassen sich auch Ergebnisse der quantitativ-statistischen Datenanalyse besser interpretieren und Erklärungsmuster für den Krankenkassenbeitritt entwickeln (Bergman 2008a und 2008b). Die Triangulation verschiedener Methoden hilft außerdem dabei, die Validität der erhobenen Daten zu überprüfen bzw. sicherzustellen (Dieckmann 1998: 223). Der entwickelte Methoden-Mix enthält folgende Hauptinstrumente:

1. In einer **explorativen Phase** galt es zunächst, im Rahmen von Gruppendiskussionen und Einzelgesprächen lokal relevante Kategorien sozialer Differenzierung zu identifizieren.
2. Auf der Basis dieser qualitativen Initialphase wurden zwei standardisierte Fragebögen entwickelt, die das Forschungsteam nach mehreren Test- und Korrekturrunden zur **Befragung von insgesamt 600 Haushaltsvorständen** einsetzte; zehn Interviewende befragten in jeder Lokalität jeweils 200 nicht-versicherte und 100 versicherte¹⁷² Haushaltsvorstände zu ihren Lebensführungsmustern, jeweils die Hälfte von ihnen wurde zudem in einer zweiten Runde zu ihren Sicherungsstrategien interviewt.
3. Im Anschluss an die Haushaltsbefragungen organisierte das Team in beiden Lokalitäten **eine Veranstaltung** für die Gemeindeverantwortlichen und Befragten, an der erste, **vorläufige Befunde** visuell **präsentiert** wurden. Deren Diskussion brachte neue Gesichtspunkte hervor, die für die weitere Datenauswertung und anschließenden Gruppendiskussionen genutzt werden konnten.
4. Abschließend wurden **20 Gruppendiskussionen sowie 24 Einzelinterviews in ausgewählten Familien** durchgeführt, die u. a. Einsichten in die Entscheidungsfindungsmuster und Solidaritätsbeziehungen von Haushalten und Familien geben sollten.

¹⁷² Als versicherte Haushalte galten dabei solche, die zum Zeitpunkt der Befragung die einmalige Mitgliedsgebühr entrichtet hatten.

Der entwickelte Mix beinhaltet weitere, kleine Methodenkomponenten. Dazu gehörten die Erstellung kurzer Dorfportraits¹⁷³ und ein „Feldtagebuch“ mit Beobachtungsnotizen (z. B. zur Interviewdynamik in den Einzelgesprächen und Gruppendiskussionen, zu kontrovers diskutierten Aspekten). Nach der von Creswell, Clark und Garrett aufgestellten Typologie verschiedener Methodenmix-Ansätze kommt dieser Methodenmix dem „*sequential, explanatory mix method design*“ sehr nahe, wobei ein solches in der Regel keine explorative Phase am Anfang der Forschung vorsieht (Creswell, Clark & Garrett 2008: 69).

Abbildung 6: Verwendeter Methodenmix

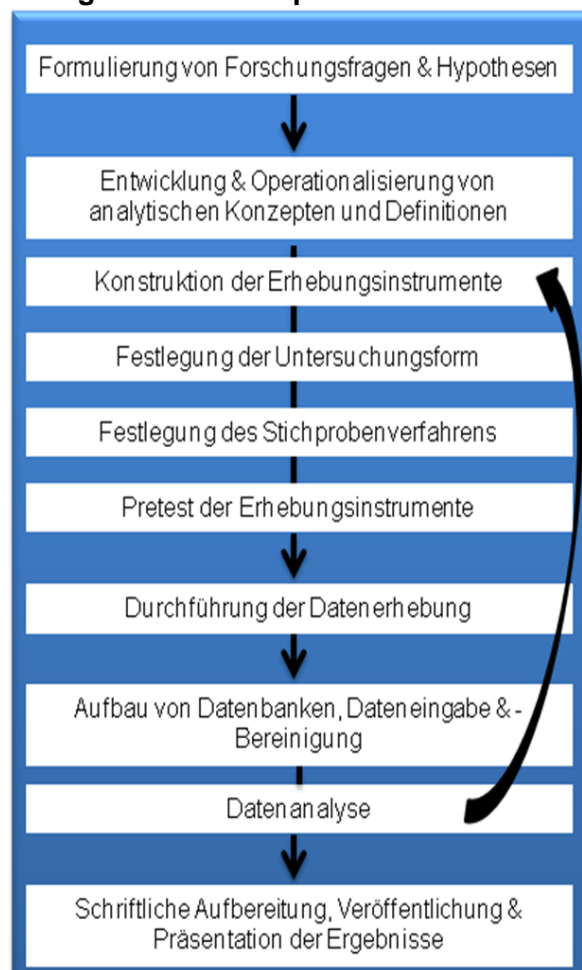


Quelle: Eigene Darstellung

¹⁷³ Diese enthielten u. a. Informationen zu sozialer und ethnischer Zusammensetzung sowie Haupteinkommenstätigkeiten der Dorfbevölkerung, zur Existenz dörflicher Gemeinschaftsaktivitäten, zu sozialen Diensten im Bereich Gesundheit und Bildung sowie zur Dorfhygiene. Die Portraits wurden durch die Interviewenden angefertigt, die in Kleingruppen von zwei bis drei Personen in jeweils zwei bis drei Dörfern die Befragungen durchführten.

Die Studie ist als **Mehrebenenuntersuchung** angelegt, da neben den Haushaltsbefragungen und –Vergleichen sowohl Gruppen als auch Einzelpersonen befragt wurden. Diese werden anhand von Alter, Geschlecht, Migrationserfahrung bzw. Größe ihres Familienverbands differenziert. Überdies handelt es sich um eine **Querschnittsuntersuchung**, da Haushaltsvorstände, Gruppen und Einzelpersonen nur **einmal befragt und untereinander verglichen** wurden. Insofern sieht diese Forschung keine Panel- bzw. Trendanalyse¹⁷⁴ vor, bei der zu einem späteren Zeitpunkt nach einer zweiten oder gar mehreren Befragungen die möglichen Veränderungen gemessen werden. Die Entwicklung des Methodenmixes, die Durchführung der Erhebung sowie die Datenanalyse folgten im Wesentlichen den von Dieckmann beschriebenen Phasen empirischer Sozialforschung (Dieckmann 1998: 166f.).

Abbildung 7: Phasen empirischer Sozialforschung



Quelle: Eigene Darstellung, aufbauend auf Dieckmann (1998: 166ff.)

¹⁷⁴ Während bei einer Panelanalyse dieselben Variablen auf Basis derselben Stichprobeneinheiten gemessen werden, setzt sich die Stichprobe bei einer Trendanalyse aus anderen Einheiten zusammen. Insofern besteht bei Letzterer a priori das Problem, dass gemessene Veränderungen zumindest zum Teil auf Stichprobenfehler zurückgeführt werden können, durch das Analysieren unterschiedlicher Fälle (Dieckmann 1998: 267-274).

Dieser Methoden-Mix entstand in einem **iterativen** Prozess, bei dem die unterschiedlichen Instrumente jeweils stufenweise entwickelt wurden. So ergaben sich die Gesprächsthemen und -Leitfäden für die Gruppendiskussionen und Einzelgespräche erst aus einer ersten Analyse der Daten aus den Haushaltsbefragungen. Auch die Rückgabe erster Befunde an die Befragten war zunächst nicht vorgesehen, ergab sich aber im Laufe des Prozesses, nachdem einige quantitative Ergebnisse eine Interpretation verlangten. Die Logik des gewählten (sequentiell ausgerichteten und erklärenden) Methodemixes erforderte nacheinander angewandte Instrumente. Im Falle der Gruppendiskussionen und Einzelgespräche fanden folglich alle weiteren Schritte bis zur Datenanalyse zeitversetzt statt.

8.1. Zusammenarbeit im Forschungsteam

Dieser für eine Promotion aufwendige Datenerhebungsprozess und die Doppelrolle des Autors verlangte ein Team, das den gewählten Methoden-Mix umsetzen konnte. Seine Promotion verfolgte der Autor neben seiner Haupttätigkeit bei der Novartis Stiftung - als Programmverantwortlicher für Initiativen, die auf Zugang zu Gesundheitsdiensten fokussieren. Ein längerer Forschungsaufenthalt in Mali war daher nicht machbar, weswegen die einzelnen Datenerhebungen zu verschiedenen Zeitpunkten zwischen September 2006 und Juni 2009 stattfanden. Allerdings ermöglichten die regelmäßigen Projektreisen nach Mali, den Methoden-Mix in einem iterativen Prozess zu entwickeln, da immer wieder Austauschmöglichkeiten mit dem Team gegeben waren und die verschiedenen Komponenten im Feld getestet werden konnten. Dies war auch insofern möglich, da die Novartis Stiftung die empirische Studie vollumfänglich finanzierte. Zum Team gehörten neben zwei malischen Arbeitskollegen des Verfassers zwei Konsulenten des Consulting-Büros GEFRAD¹⁷⁵, die als Auftragnehmer die Umsetzung der Studie unterstützten. Der Verfasser dieser Arbeit konzipierte die empirische Studie und leitete ihre Umsetzung ebenso wie das Forschungsteam. Er entwickelte den analytischen Bezugsrahmen sowie die Fragebögenentwürfe für standardisierten Haushaltsinterviews sowie die Gesprächsleitfäden für die Gruppendiskussionen und Einzelinterviews in ausgewählten Familien. Neben dem Betreuer dieser Arbeit kommentierten sukzessive einer der zwei malischen Arbeitskollegen sowie die zwei Konsulenten regelmäßig die Entwürfe bis zu ihrer Finalisierung durch den Verfasser¹⁷⁶. Der Autor

¹⁷⁵ GEFRAD steht für *Groupe d'Etude, de Formation et de Recherche-Action pour le Développement Durable*. Die Gruppe führt u. a. *ex ante*- sowie *ex-post*-Evaluationen durch, moderiert Planungsprozesse von Projekten und wirkt bei angewandten Forschungsstudien mit. Insbesondere die zwei oben genannten Konsulenten haben ausgiebige Erfahrungen mit der Anwendung und Kombination unterschiedlicher qualitativer, quantitativer und partizipativer Methoden der Datenerhebung. Sie kennen durch ihre vielfältigen Aufträge nahezu alle Landesteile Malis (einschließlich der beiden Untersuchungslokalitäten) und die westafrikanische Subregion.

¹⁷⁶ Sowohl die beiden strukturierten Fragebögen als auch die Frageleitfäden für die Gruppendiskussionen und Einzelinterviews durchliefen von der Erstellung eines ersten Entwurfs bis zur endgültigen Finalisierung zwölf bzw. acht Phasen der kontinuierlichen Anpassung und Verfeinerung.

konnte dabei auf die Erfahrungen und Lokalkenntnisse der malischen Kollegen zurückgreifen. Die beiden malischen Arbeitskollegen aktualisierten und stellten zudem die Haushaltslisten sowie die Teilnehmenden für die Gruppendiskussionen und Einzelinterviews in ausgewählten Familien für Cinzana-Gare zusammen. Überdies plante der Autor mit Unterstützung von GEFRAD die Durchführung der Interviewschulungen und die gesamten empirischen Datenerhebungen. Für diese verbrachte er zwei bzw. drei Wochen in Kourouma und Cinzana-Gare. Gemeinsam mit den beiden Konsulenten wurden Umsetzungsprobleme diskutiert, wobei die letzte Verantwortung beim Autor lag. Er überprüfte ebenso wie die Konsulenten die ausgefüllten Fragebögen vor Ort und beantwortete Rückfragen der Interviewenden. Schließlich plante der Verfasser mit den Konsulenten von GEFRAD die Präsentation erster Befunde in den beiden Lokalitäten, die diese wie schon die Interviewschulung moderierten. Er wählte die vorzustellenden Befunde aus, bereitete sie vor und führte mit den Konsulenten die beiden Veranstaltungen durch. Schließlich reiste der Verfasser nochmals für die Vorbereitung und Durchführung der Gruppendiskussionen und Einzelinterviews nach Mali. Während dieser Diskussionen und Interviews formulierte er ad hoc zusätzliche Fragen, wann immer sich für die Forschungsfrage relevante Aspekte ergaben, wobei die Konsulenten sowohl Fragen als auch Antworten vom Französisch ins Bamana übersetzten.

8.2. Explorative Phase

Im nächsten Schritt wurde der analytische Bezugsrahmen sozialer Differenzierung operationalisiert, d. h. in Fragebögen „übersetzt“. Um sicherzustellen, dass die jeweiligen Dimensionen von Lebensführungsmustern lokal relevante Kategorien beinhalteten, wurde zunächst eine qualitative explorative Phase vorgeschaltet. Dazu war die Sichtung vorhandener Daten und grauer Literatur zu den Untersuchungslokalitäten sowie der dort lebenden Bevölkerungen nötig. Gemeindeverantwortliche (u. a. Bürgermeister, 1. Sekretär, leitender Arzt des Gesundheitszentrums, Krankenkassenverantwortliche) ergänzten diese mit zusätzlichen aktuellen Informationen. Außerdem wurde mit Hilfe eines Frageleitfadens **eine ganztägige Gruppendiskussion mit Schlüsselinformanten sowie vier Gruppengespräche** in der Gesundheitszone Cinzana-Gare durchgeführt¹⁷⁷. Dabei ging es insbesondere darum, emische (d. h. aus der „Innensicht“ der betroffenen Akteure) Kategorien lokaler Lebensführungsmuster und Sicherungsstrategien zu identifizieren, die dann für die strukturierte Befragung verwendet werden konnten (Berry 1969). Gleichzeitig ermöglichte dies die Überprüfung, inwiefern die konstituierenden Elemente des Lebensstilkonzepts aus Sozialstrukturanalysen zu Gesellschaften der OECD-Staaten für Untersuchungen zu Lebensführungsmustern im ländlichen Mali brauchbar sind. Themen der Gruppendiskussionen waren Lebensentwürfe und –Ziele, Einstellungen und Werte, Konsumpräferenzen sowie Freizeitverhalten. Die Diskussion mit und unter den

¹⁷⁷ Es wurden eine Gruppe junger Frauen, eine Gruppe älterer Frauen sowie zwei Gruppen junger Männer und Jugendlicher befragt.

Schlüsselinformanten ermöglichte, lokal vorhandene Gruppierungen (u. a. ethnisch bzw. sozial definierte Gruppierungen) einschließlich der maßgeblichen Differenzierungsmerkmale herauszufiltern. Als hilfreich erwies sich die Erstellung einer sozialen Dorfkarte, wobei ein Dorf der Gesundheitszone Cinzana-Gare als Beispiel diente. Diese Diskussion wurde vom Autor sowie dem Koordinator des von der Novartis Stiftung unterstützten Projekts in Cinzana moderiert. Letzterer übersetzte die Fragen ins Bamana und die Antworten ins Französisch. Ebenso wie die Gruppendiskussionen wurde das Gespräch mit den Schlüsselinformanten mit dem Einverständnis der Teilnehmenden aufgenommen und ins Französisch transkribiert. Auf Basis vorheriger Absprachen bezüglich der Gesprächsführung moderierten die malischen Konsulenten der GEFRAD diese Gruppendiskussionen im Bamana, wobei der Autor auch einige Fragen in Französisch stellte, die die Konsulenten ebenso übersetzten wie die Antworten.

8.3. Standardisierte Haushaltsbefragungen¹⁷⁸

Das Kernelement des gewählten Methodenmixes sind **Haushaltsbefragungen** zu Lebensführungsmustern und Sicherungsstrategien. Haushalte stehen aus zwei wesentlichen Gründen im Fokus dieser Forschung: Erstens sind sie die Mitgliedseinheiten der untersuchten Krankenversicherungen. Zweitens stellen Haushalte im gesellschaftlichen Gefüge wesentliche Träger von Lebensführungsmustern dar, denn sie prägen das Handeln ihrer Mitglieder in hohem Maße (Hahn 2005: 108). Dies geschieht z. B. dadurch, dass Werte von einer Generation zur anderen übertragen und Ressourcen über die Prinzipien der „Solidarität“ und „Reziprozität“ geteilt werden. Überdies sind Haushalte Einheiten der Entscheidungsfindung für unterschiedliche Lebensbereiche (Guyer 1981: 98). Insofern eignen sie sich als maßgebliche soziale Akteure gut für einen Vergleich, auch in Gesellschaften außerhalb der OECD-Staaten (Fischer 1996: 237). Allerdings verfolgen die einzelnen Haushaltsmitglieder durchaus auch eigene Wertorientierungen oder Konsumpräferenzen, welche sie z. T. mit anderen sozialen Einheiten (z. B. entlang von Alter und Geschlecht) teilen¹⁷⁹. In diesem Zusammenhang betont Hahn mit Verweis auf Guyer, dass unterschiedliche Haushaltsmitglieder an Aushandlungs- und Entscheidungsprozessen beteiligt sind und mitunter konfligierende Interessen vertreten, z. B. in Fragen des Gütererwerbs. Der Haushalt wird dann zum Handlungsfeld oder zur Arena individueller Akteure, die sich jeweils durch eigene Handlungsrationitäten und Logiken auszeichnen (Hahn 2005: 109f., 112).

Durch die Fokussierung auf Haushalte, geht es bei dieser Studie um eine kollektive Untersuchungsebene. Denn auch die Einzelgespräche in ausgewählten Familien bezogen sich auf Muster der Entscheidungsfindung innerhalb von Haushalten und Familien sowie auf Solidaritätsbeziehungen, in die diese eingebunden sind. Da bestehende soziale Differenzierungen zwischen Haushalten

¹⁷⁸ Zur Bestimmung des Haushaltsbegriffs siehe Abschnitt 8.3.1.

¹⁷⁹ Vgl. z. B. die Fallstudie zu den *Sapeurs* in den beiden Kongo-Staaten (Brandstetter 1999).

nicht nur abgebildet, sondern auch in ihrer Verbreitung erfasst und zur Krankenkassenmitgliedschaft in Beziehung gesetzt werden sollten, musste eine ausreichend große Stichprobe von Haushalten befragt werden. Hierzu war eine quantitativ-standardisierte Befragung mit strukturierten Fragebögen unabdingbar, da nur auf dieser Basis systematische Vergleiche zwischen Haushalten und ihre größenmäßige Verteilung möglich sind. Mit Bezug auf Allen Johnson schreiben die Kulturanthropologen Fratkin und Johnson, dass

„(...) quantitative measurements increase the effectiveness of our description by increasing reliability, showing variability, and increasing the precision of our theoretical propositions. Perhaps most importantly, quantifying our measurements and testing our hypotheses enables us to compare social processes both between and within societies changing over time (Fratkin & Johnson 1990: 385; Johnson 1978: 43).

Außerdem konnten nur so kosten- und zeitmäßig eine große Anzahl Interviews durchgeführt werden. Daher befragten die Interviewenden insgesamt 600 Haushaltsvorstände zu ihren Lebensführungsmustern, 300 in jeder der beiden Lokalitäten. Davon waren jeweils 200 unversichert und 100 versichert. Die Hälfte dieser Haushalte, d. h. 100 unversicherte und 50 versicherte Haushaltsvorstände pro Lokalität, wurde noch einmal befragt, dieses Mal zu ihren Sicherungsstrategien. Durch die relativ hohe Zahl befragter Haushalte waren letztlich vier Ebenen des Haushaltsvergleichs möglich:

- Haushalte innerhalb einer Großfamilie, die zusammen in einem Hof leben;
- Haushalte innerhalb eines Dorfes;
- Haushalte zwischen Dörfern innerhalb einer Lokalität; und
- Haushalte zwischen den beiden Untersuchungslokalitäten Cinzana-Gare und Kourouma.

Diese Arbeit fokussiert vor allem auf die letzten beiden Vergleichsebenen, da aggregierte Darstellungen zur Verteilung von Lebensführungsmustern und zur Erklärung des Krankenkassenbeitritts von besonderer Relevanz sind. Dabei musste festgelegt werden, was im Rahmen dieser empirischen Forschung unter Haushalt als die maßgebliche Untersuchungseinheit verstanden wird.

8.3.1. Definitionen und Operationalisierung des Haushaltsbegriffs

Definition und Operationalisierung des Haushaltsbegriffs erweisen sich aufgrund der sozialen Komplexität dieser Einheit nicht nur im Kontext des ländlichen Afrikas als eine Herausforderung. Gemäß gängiger Definitionen aus der Sozialstrukturanalyse zu Gesellschaften der OECD-Staaten bilden solche Individuen einen Haushalt, die gemeinsam wohnen und wirtschaften (Galler & Ott 1993). Hammel bezeichnet

Haushalte als „the smallest grouping with the maximum corporate function“ (Hammel 1980: 251). Dementsprechend können Haushalte auf der funktionalen Ebene durch gemeinsame Aufgaben (Produktion von Gütern oder Dienstleistungen, Reproduktion) oder auf der strukturellen Ebene durch Zusammenwohnen, gemeinsamen Güterbesitz oder geteilte Werte charakterisiert sein (Hahn 2005: 108–112). Allerdings meint Fischer, dass durch die Komplexität des Haushalts verallgemeinerbare Kriterien auf der funktionalen Ebene gemeinsamer Aufgaben bzw. der strukturellen Ebene in Bezug auf die Gemeinsamkeiten seiner Mitglieder schwerlich gegeben sind (Fischer 1996: 23-43). Haushaltsformen und ihre Zusammensetzung hängen entscheidend von deren Funktion ab, d. h. ob sie (Re-)Produktions-, Wohn- bzw. Konsumeinheit sind. In Gesellschaften der OECD-Staaten gibt es danach sowohl eheliche als auch nicht-eheliche Lebensgemeinschaften mit oder ohne Kinder, allein stehende Personen wie z. B. verwitwete oder geschiedene Frauen und Männer sowie „Singles“ als auch Wohngemeinschaften von Studierenden und Auszubildenden (Glatzer 2001: 298f.). Personen, die alleine oder in Wohngemeinschaften leben, haben im Gegensatz zu „klassischen Kernfamilien“ (verheiratete, heterosexuelle Paare und ihre Kinder) keine gemeinsame Reproduktions- und selten eine Produktionsaufgabe. Bei Wohngemeinschaften geht es insbesondere um die Teilung der Miet- und Nebenkosten, aber durchaus auch um ähnliche Lebensentwürfe. Haushaltsformen und –Strukturen spiegeln daher Lebensführungsmuster und –Zusammenhänge wider.

Haushalte unterliegen, wie alle soziale Einheiten, sozialem Wandel. Sie haben folglich einen zyklischen und prozesshaften Charakter: Ihre jeweilige Form, Funktion und Zusammensetzung kann sich im Laufe der Zeit verändern (Wilk & Netting 1984a). Im Laufe des Lebens finden sich Individuen in fast allen Gesellschaften in verschiedenen Haushaltsformen wieder. Einerseits treten sie selbst in einen neuen Haushalt ein: Beispielsweise werden in Afrika südlich der Sahara Kinder aus ihrer dörflichen Heimat zu städtischen Verwandten gesendet, um dort auf eine weiterführende Schule gehen zu können. Andere Haushaltsmitglieder migrieren für eine gewisse Zeit und betreiben Wanderarbeit, wobei sie manchmal zeitweilig bei Verwandten oder Angehörigen ihrer ethnisch gefassten Gruppe oder Herkunftsregion unterkommen. In vielen Gesellschaften der OECD-Staaten verlassen Studierende den elterlichen Haushalt und ziehen in Wohngemeinschaften. Vielerorts verheiraten sich erwachsene Kinder und gründen ihren eigenen Haushalt. Ab einem bestimmten Punkt im Leben besteht der Wunsch, in einem Haushalt zu leben. Doch auch dessen Form und Funktion ändert sich wiederum durch den Aus- oder Eintritt von Personen: Durch den Tod des Ehepartners bzw. durch Scheidung kann ein Haushalt zu einem Ein-Personen- oder Single-Haushalt werden.

Viele dieser Fälle kommen auf jedem Kontinent, in jeder Gesellschaft vor – wenn auch in unterschiedlicher Form und Häufigkeit. Auch das Phänomen der „multilokalen Mehrgenerationenfamilien“ (Glatzer 2001: 298) tritt in unterschiedlicher

Ausprägung sowohl in afrikanischen als auch in Gesellschaften der OECD-Staaten auf: Familien spannen sich über verschiedene Lokaltäten eines oder mehrerer Länder hinweg und sind dennoch stark miteinander verbunden. Insofern ist es nicht angemessen, den Wechsel von Haushaltsformen im Laufe des Lebens als Phänomen „moderner“, d. h. Gesellschaften der OECD-Staaten anzusehen, wie dies vielfach von Vertretern der europäischen Sozialstrukturanalyse zumindest implizit dargestellt wird (Glatzer 2001: 296).

In Anlehnung an das Haushaltsverständnis der untersuchten Krankenkassen und in Abgrenzung zu anderen, in der Großfamilie (im Bamana „*du*“) lebenden Personen, wird Haushalt im Rahmen dieser Arbeit mit dem Bamana-Begriff „*gwa*“ gefasst, d. h.

verheiratete Personen, im Regelfall der männliche Haushaltsvorstand und seine Ehefrau(en), ihre unverheirateten Kinder sowie weitere ihnen anvertraute Personen, die relativ dauerhaft, d. h. während mindestens sechs Monaten im Jahr der Befragung zusammen wohnten und Haushaltsgüter teilten.

Im Unterschied zum „*gwa*“ entspricht die Großfamilie der sozial-räumlichen Einheit „*du*“. Nach dieser Definition gelten Haushalte auch als Reproduktionseinheit, in der zumindest z. T. Wertübertragung zwischen den Generationen stattfindet. Diese Definition trägt überdies dem Umstand Rechnung, dass es in vielen der untersuchten Haushalte Personen gibt, die zeitlich begrenzt migrieren. Eigenständig lebende Witwer, Witwen oder geschiedene Personen und die ihnen anvertrauten Personen wurden ebenfalls als Haushalte definiert. Diese Begriffsfassung erwies sich als operationalisierbar sowie für Interviewende und Befragte als verständlich.

Die Ausgestaltung der Fragebögen spiegelt die (starke) Einbindung des Haushalts („*gwa*“) in die Großfamilie (*du*) wider: Z. B. wurden die landwirtschaftliche Produktion und dazu nötige Arbeitsmittel in Bezug auf die Großfamilie abgefragt. Auch die je nach Lebensbereich potenziell an Entscheidungen beteiligten Personen wurden unter Einbezug der Großfamilie abgefragt.

Aus Zeit- und Kostengründen wurden nur die fast ausnahmslos männlichen Haushaltsvorstände befragt, wobei sich in vielen Fällen die Ehefrau(en) und erwachsenen Kinder an dem Interview beteiligten. Sie gaben u. a. Auskunft über Anzahl und Alter aller Personen im Haushalt, ihre jeweiligen Ausbildungsniveaus, Tätigkeiten oder Ausstattungen. Bei den soziokulturellen Orientierungen jedoch fragten die Interviewenden nur die Werthaltungen und Einstellungen der Haushaltsvorstände ab, was einen *gender bias* darstellt. Ihre Einstellungen erschienen für die vorliegende Fragestellung insofern besonders relevant, als im malischen Kontext die männlichen Haushaltsvorstände in die Entscheidungsfindung auf Familienebene eingebunden sind. Die Einzelbefragung von Ehefrauen in acht Familien bzw. zwölf Haushalten erlaubte ein Stück weit, dieses Manko auszugleichen.

8.3.2. Konstruktion der Fragebögen

Mit Hilfe eines ersten Fragebogens wurde das Konzept der Lebensführungsmuster gemäß des vorgestellten analytischen Bezugsrahmens sozialer Differenzierung entlang der fünf konstituierenden Dimensionen operationalisiert.

Die Ressourcenkategorien des Lebenshaltungsansatzes (*livelihood approach*) dienten als Raster für die Analyse sozioökonomischer Charakteristika von Haushalten: So sind physische, natürliche, menschliche und finanzielle sowie soziale und politische Ressourcen im Fragebogen berücksichtigt (DIFD 1999). Angepasst an die Lebenswelten des ländlichen Malis wurde der jeweilige Ressourcentyp dabei mit lokal relevanten Kategorien abgefragt, die sich zum einen in der explorativen Phase heraus kristallisierten, zum anderen bei anderen empirischen Untersuchungen in ähnlichen Kontexten Verwendung fanden (INDEPTH 2005: 201; Jütting 2005: 105).

Im Bereich der soziokulturellen Differenzierung wurde auf Kategorien des Lebensstilkonzepts und der ethnologischen Forschung zurückgegriffen. So wurden offene Fragen zu Einstellungen (z. B. Bedeutung der Einschulung von Kindern, Zukunftsplanung oder lebensleitende Werte¹⁸⁰) oder zu Wahrnehmungen sozialer Veränderungen in der lokalen Lebenswelt formuliert. Gleichsam wurden Elemente des soziopolitischen und sozialräumlichen Kontexts abgefragt, in dem sich die Haushalte befinden: zum Beispiel die Wertschätzung verschiedener Organisationen sowie die geographische Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten.

Im Einzelnen war der Fragebogen zu Lebensführungsmustern wie folgt aufgebaut (kompletter Fragebogen siehe Anhang 4, S. 262):

1. **Soziodemographische Charakteristika** des Haushalts (Humankapital): Alter, Geschlecht und Familienstand des Haushaltsvorstands, Größe und alters- bzw. geschlechtsspezifische Zusammensetzung des Haushalts, ethnische Zugehörigkeit und Sprachen etc.;
2. **Bildungsstruktur** (Humankapital): Alphabetisierungs- und Ausbildungsniveau jedes Haushaltsmitglieds;
3. **Ökonomische Tätigkeiten** einschließlich Sparverhalten und Migration (finanzielle und soziale Ressourcen): Landwirtschaftliche Subsistenz- und Marktaktivitäten, weitere einkommensschaffende Maßnahmen sowie Art und Verwendung der Sparanlagen eines jeden Haushaltsmitglieds, Migrationsmuster des Haushalts und der erweiterten Familie;
4. **Landwirtschaftliche Produktion** (natürliche und physische Ressourcen): Anbaukulturen, landwirtschaftliche Arbeitsgeräte und Inputs, Tierbestand und Abdeckung des Nahrungsmittelbedarfs mit eigener Produktion (Subsistenzgrad);

¹⁸⁰ Auch Wladarsch hat in ihrer Studie zu Burkina Faso Planungsweisen und Zukunftskonzepte untersucht, um die kulturelle Akzeptanz des Krankenversicherungsprinzips einzuschätzen (Wladarsch 2010: 331).

5. **Wohnform und -Ausstattung** (u. a. physische und natürliche Ressourcen): Haustyp, Wasser-, Energie- und Kochquelle, Sanitärausstattung, Möbel, Geschirr;
6. **Konsummuster** (physisches und natürliches Kapital): Nahrungsmittel, elektronische Geräte, Kleidung, Schmuck, Kosmetika, Transportmittel;
7. **„Sozialpolitisches“ Engagement** (soziales und politisches Kapital): Wahrnehmung der eigenen Rolle in der Gemeinschaft, Wertschätzung lokaler Organisationen;
8. **Werte, Einstellungen und soziales Prestige** (u. a. soziale Ressourcen): Wahrnehmung des sozialen Wandels, Zukunftsplanung, lebensleitende Werte, Konsumprioritäten.

Der zweite Fragebogen, mit dessen Hilfe die Interviewenden noch einmal die Hälfte der in der ersten Runde interviewten Haushaltsvorstände befragten, fokussierte zum einen auf ihre Definition von Risiken, Problemen und Katastrophen, denen sie sich als Haushalt gegenübersehen. Zum anderen ging es um die von ihnen verfolgten Sicherungsstrategien. Dabei wurde der Sicherung von Gesundheit ein zentraler Platz eingeräumt. Im Vorfeld der Fragebogenkonstruktion befragte das Forschungsteam analog zum ersten Fragebogen zunächst mit Hilfe eines zweiten Frageleitfadens drei Haushalte zu Risiken und gegenwärtigen Problemen, denen sie sich gegenüber sehen, sowie zu denen von ihnen entwickelten Bewältigungsstrategien. So sollte sichergestellt werden, dass alle für die Akteure bedeutsamen Kategorien tatsächlich erfasst wurden.

Im Einzelnen äußerten sich die Haushaltsvorstände im Rahmen dieses Fragebogens zu (kompletter Fragebogen siehe Anhang 5, S. 300):

1. **Risiken**, denen ihr Haushalt ausgesetzt ist, und Strategien zu ihrer Vermeidung, so dass diese kein reales Problem werden;
2. **Problemen**, mit denen ihr Haushalt tatsächlich konfrontiert war und die angewandten Strategien, um diese zu bewältigen;
3. **Katastrophen**, denen sich ihr Haushalt tatsächlich gegenüber sah, und Strategien zu ihrer Überwindung;
4. **dem jeweils letzten schwerwiegenden bzw. moderaten Gesundheitsproblem**, das im Haushalt vorkam, **und seiner Behandlung**¹⁸¹;
5. **den Behandlungsstationen** (einschließlich der Gründe für die Wahl der Anbieter und Zufriedenheit mit ihnen) für diese beiden Fälle;

¹⁸¹ Mit Blick auf die vorliegenden Forschungsfragestellungen wurde es als ausreichend erachtet, sich exemplarisch nur auf den jeweils letzten Krankheitsfall zu beziehen, an den sich die Befragten in der Regel erinnern. Epidemiologische oder auch medizinethnologische Arbeiten, die systematisch alle Krankheitsfälle während eines bestimmten Zeitraumes berücksichtigen, gehen meist von zweiwöchigen Erinnerungsperiode für milde Krankheitsepisoden und von ein bis zwei Jahren für schwerwiegende Fälle aus (Miller Franco et al. 2008).

6. den an Entscheidungsprozessen in Gesundheitsfragen beteiligten Haushalts- und Familienmitgliedern.

Obwohl es sich in beiden Fällen um einen strukturierten Fragebogen handelte, enthielten beide auch qualitative Elemente. Beispielsweise erschien es sinnvoller, die Hygieneaspekte eines Haushalts durch strukturierte Beobachtung zu erheben, anstatt die Haushaltsvorstände selbst zu befragen. Einerseits hätte das Abfragen dieser Aspekte womöglich zu sozial erwünschten Antworten geführt, andererseits wären Fragen nach persönlichen Aspekten wie Sanitärausstattung womöglich nicht akzeptiert worden. Der erste Fragebogen zu Lebensführungsmustern wurde durch Fotos von Haushalt und Hof komplettiert. Dies ermöglichte die Veranschaulichung der Ausstattung eines Haushalts oder Kleidung seiner Mitglieder. Für den zweiten Fragebogen zu Sicherungsstrategien wurde ein Element der PRA-Methode¹⁸² hinzugefügt: Ein malischer Künstler visualisierte auf einer Karte alle im ländlichen Mali vorhandenen Gesundheitsdienstleister, die im gleichen Abstand in einem Kreis um das Haus des Haushalts gruppiert waren. Auf dieser Karte konnten die Mitglieder des Haushalts ihren Weg bezüglich der konsultierten Gesundheitsdienstleister einzeichnen: Wer wurde zuerst konsultiert, wer danach aufgesucht usw.. Dies erwies sich als sinnvoll, da alle im ländlichen Milieu vorhandenen Dienste bekannt waren und so bereits vorgegeben werden konnten. Zugleich ermöglichte diese Visualisierung, alle Gesundheitsanbieter gleichzeitig im Blick zu haben, was die Erinnerung an die Reihenfolge der Besuche erleichterte. Pfeile vom Haushalt zum ersten, aufgesuchten Gesundheitsdienst bzw. zu den anderen konsultierten Diensten markierten schließlich den Pfad auf der Karte.

Überdies wurden in den Fragebögen auch offene Fragen ohne Vorgabe von Antwortkategorien verwendet. Solche Fragen kamen bei Aspekten zur Anwendung, wo trotz vorgeschalteter explorativer Phase die möglichen Antworten nicht erschöpfend gesammelt werden konnten, wodurch wertvolle Informationen verloren gegangen wären. Noch wichtiger war dieses Vorgehen allerdings bei Fragen, bei denen die Gefahr sozial erwünschter Antworten gegeben war. Dies galt zum Beispiel bei den Gründen zur Nicht-Einschulung von Kindern und anderen Werthaltungen.

Sowohl die Fragen als auch die Antworten wurden in beiden Fragebögen in Französisch erfasst, da die Interviewenden zwar alle fließend Bamana sprechen, aber in der Regel nicht schreiben konnten. Die Interviewende führten die Gespräche aber im Bamana, Sénoufo oder Fulfulde.

Schließlich achtete der Autor bei der Konstruktion beider Fragebögen darauf, dass sie zwar so umfassend wie nötig alle relevanten Elemente der Lebensführung bzw. sozialen Sicherung abdeckten, aber die Länge des Interviews einigermaßen in Grenzen gehalten wurde, um die Akzeptanz seitens der Befragten nicht zu gefährden¹⁸³. Um dies sicherzustellen, waren nicht nur die bloße Anzahl an Fragen

¹⁸² Zur Anwendung von PRA-Methoden in der Forschung siehe Neubert et al. 2008.

¹⁸³ Im Durchschnitt dauerte das Interview zu Lebensführungsmustern des Haushalts 90 Minuten, jenes zu den Sicherungsstrategien etwa 40 Minuten.

und der Grad der abzufragenden Details ausschlaggebend, sondern auch die Struktur und Übersichtlichkeit des Fragebogens. Dementsprechend ging es erstens darum, die Anzahl der Fragen dadurch zu begrenzen, indem die Relevanz jeder einzelnen Frage für das Untersuchungsziel zunächst überprüft wurde. Zweitens verzichtete der Autor darauf, monetäre Detailinformationen wie etwa die Einkommenshöhe, Haushaltsausgaben oder konsumierte Mengen abzufragen. Solche Kalkulationen enthalten viele potenzielle Fehlerquellen und Verzerrungen: So haben Interviewte oft keine präzise Idee, wie viel Geld sie wöchentlich für Lebensmittel, monatlich für Benzin und Diesel oder jährlich für Kleidung ausgeben bzw. konsumieren. Daher fragten die Interviewende die im Haushalt und z. T. die in der Großfamilie vorhandenen Güterbestände ab. Auf dieser Grundlage wurde ein Index (*asset index*) entwickelt, der die jeweilige sozioökonomische Lage der untersuchten Haushalte abbildet. Dieser reflektiert im Gegensatz zu konsumbasierten Indices (z. B. Konsumwert bzw. Ausgaben pro Haushaltsmitglied) dauerhaften sozioökonomischen Status und schließt den Einfluss kurzfristigerer Fluktuationen aus (Miller Franco et al. 2008). Der sozioökonomische Index basiert auf einer sogenannte *principal component analysis* (Vyas & Kumaranayake 2006: 459), der im Abschnitt 8.9 erläutert ist. Drittens wurde die Befragungszeit insofern begrenzt gehalten, als der jeweilige Fragebogen in klar voneinander getrennte Kapitel unterteilt war, die aber inhaltlich aneinander anschlossen. Die Interviewenden sollten außerdem jedes neue Kapitel kurz inhaltlich einführen, damit der/die Interviewte sich besser auf das Thema einstellen konnte.

8.4. Festlegung des Stichprobeverfahrens

In beiden Untersuchungsgebieten gab es für die Stichprobenauswahl jeweils zwei Grundgesamtheiten, da Mitgliedshaushalte der jeweiligen Krankenkasse mit unversicherten Haushalten, verglichen wurden: Je eine Grundgesamtheit für Mitgliedshaushalte und je eine für unversicherte Haushalte¹⁸⁴.

Die Zahl der zu ihren Lebensführungsmustern zu befragenden Haushaltsvorstände betrug 600, 300 in jeder Lokalität. Von den jeweils 300 waren 100 Haushaltsvorstände Mitglied der lokalen Krankenkassen, 200 unversichert. Die Anzahl zu befragender versicherter Haushaltsvorstände war aus zwei Gründen nur halb so groß wie jene der unversicherten Haushaltsvorstände: Erstens ist in beiden Lokalitäten die Gruppe der Mitgliedshaushalte deutlich kleiner als jene der unversicherten Haushalte. Zweitens hatte die Krankenkasse MIPROSK in Kourouma zum Zeitpunkt der Befragung im März 2007 lediglich 126 Mitgliedshaushalte. Da einige Ersatzhaushalte bestimmt werden mussten, die im Falle von Abwesenheit oder Interviewverweigerung der eigentlich gezogenen Haushaltsvorstände befragt werden konnten, erschien die Begrenzung auf 100 Haushalte realistisch. Um statistisch verlässliche Aussagen für die

¹⁸⁴ Dabei wird die Gruppe der Mitgliedshaushalte in der Terminologie der empirischen Sozialforschung als „spezielle Population“ bezeichnet, da sie mit der Mitgliedschaft ein Merkmal trägt, dass sie von der Gesamtpopulation unterscheidet (Dieckmann 1998: 345).

Grundgesamtheiten machen zu können, zeigen vergleichbare Studien, dass eine Stichprobe von insgesamt 350 Haushalten bereits ausreichend ist (Jütting 2005: 76f.). Im Anschluss an die erste Befragungsrunde zu Lebensführungsmustern befragten die Interviewenden die Hälfte dieser Haushaltsvorstände erneut - pro Lokalität 50 versicherte und 100 unversicherte Haushaltsvorstände -, dieses Mal zu ihren Sicherungsstrategien. Diese Stichprobe wurde aus Kosten- und Zeitgründen auf die Hälfte reduziert.

Für die erste Befragung zu Lebensführungsmustern wurden die Haushalte in einer **einstufigen, proportional geschichteten Wahrscheinlichkeitsauswahl nach dem Zufallsprinzip** gezogen¹⁸⁵. In beiden Stichproben sollten Haushalte aus allen Dörfern (= Schichten) des jeweiligen Untersuchungsgebiets vertreten sein, jedoch proportional zur Anzahl von Mitgliedshaushalten und unversicherten Haushalten in dem jeweiligen Dorf im Vergleich zur jeweiligen Gesamtzahl im Untersuchungsgebiet. Ausgehend von den 200 beziehungsweise 100 zu ziehenden Stichprobeneinheiten, wurde entsprechend der Anzahl von Mitgliedshaushalten bzw. unversicherten Haushalten bestimmt, wie viele Haushalte aus beiden Grundgesamtheiten pro Dorf gezogen werden mussten. Dazu lag folgende Berechnungsformel zugrunde:

1. Mitgliedshaushalte:
$$\frac{\text{Anzahl Mitgliedshaushalte im Dorf}}{\text{Anzahl Mitgliedshaushalte im Untersuchungsgebiet}} \times 100$$
2. Unversicherte Haushalte:
$$\frac{\text{Anzahl unversicherter Haushalte im Dorf}}{\text{Anzahl unversicherter Haushalte Untersuchungsgebiet}} \times 200$$

Eine Übersicht zur Anzahl befragter Haushalte pro Dorf findet sich in Tabellen 6 und 7 im Anhang 1 (S. 238ff.).

Für die Stichprobenziehung im Lotterieverfahren (= Zufallsprinzip) legte der Verfasser pro Dorf jeweils 2 Lostöpfe an, der eine mit allen Mitgliedshaushalten, der andere mit allen Haushalten ohne Mitgliedschaft. Um möglichst alle Erhebungseinheiten (Haushalte) beider Gruppen für das Lotterieverfahren zu berücksichtigen, wurden sowohl in Cinzana-Gare als auch in Kourouma Haushaltslisten angefertigt¹⁸⁶. Für die **Mitgliedshaushalte** war dies in beiden Lokalitäten relativ einfach, da das Forschungsteam mit den Krankenkassenverantwortlichen die jeweilige Mitgliedsliste überprüfte und wo nötig aktualisierte. Zudem ist die Anzahl der Mitgliedshaushalte in beiden Fällen

¹⁸⁵ Dies heißt, dass jeder Haushalt eine Wahrscheinlichkeit von < 1 hatte, in die jeweilige Stichprobe aufgenommen zu werden.

¹⁸⁶ Miller Franco et al. gingen in ihrer gesundheitsökonomischen Studie zum Vergleich von versicherten und unversicherten Haushalten in Bla und Sikasso genauso vor (Miller Franco et al. 2008: 831).

übersichtlich¹⁸⁷. Folglich konnte für die versicherten Haushalte davon ausgegangen werden, dass alle erfassten Erhebungseinheiten tatsächlich die Grundgesamtheit darstellten. Für die Haushalte ohne Mitgliedschaft gestaltete sich dies etwas schwieriger. Im Falle Cinzana-Gares wurde die Liste aller Großfamilien der Gemeinde verwendet, die sich auf das kommunale Wahlregister stützt. Das Team überprüfte diese mit dem Gemeindesekretär und weiteren Schlüsselinformanten für die 21 Dörfer des Untersuchungsgebiets der Gesundheitszone Cinzana-Gare. Sodann übernahm ein Schlüsselinformant die Aufgabe, auf Grundlage dieser Liste die Haushalte jeder Großfamilie in jedem der 21 Dörfer festzuhalten. Dies wurde auf Basis von Auskünften seitens der Dorfinformanten durchgeführt. Aus dieser Gesamt-Haushaltsliste wurden schließlich pro Dorf die Mitgliedshaushalte der Krankenkasse entfernt. In Kourouma erstellte jedes der zehn zum Untersuchungsgebiet der Gesundheitszone Kourouma gehörenden Dörfer seine Haushaltsliste. Aus dieser wiederum entfernte das Forschungsteam die Mitgliedshaushalte. So sollte sichergestellt werden, dass möglichst alle Haushalte der jeweiligen Gesundheitszone auf der Liste aufgeführt waren. Dennoch kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass einige Haushalte nicht auf der Liste aufgeführt waren.

Für den Fall, dass einige gezogene Haushaltsvorstände sich der Befragung verweigerten (was schlussendlich nicht vorkam), verhindert bzw. verzogen oder unauffindbar waren, wurden für jedes Dorf proportional zur Anzahl zu befragender Haushaltsvorstände Ersatzhaushalte gezogen. Insgesamt mussten zirka 10% der eigentlich gezogenen Haushalte ersetzt werden.

Für die anschließende Befragung zu Sicherungsstrategien der Haushalte wendete der Autor eine **zweistufige Wahrscheinlichkeitsauswahl nach dem Zufallsprinzip** an. Zweistufig insofern, als nur Haushalte - sowohl versicherte als auch unversicherte Haushalte – einbezogen wurden, die bereits bei der ersten Ziehung ausgewählt worden waren. Auch bei dieser Ziehung wurden alle Dörfer proportional zu ihrer Anzahl Mitgliedshaushalte bzw. unversicherter Haushalte berücksichtigt.

8.5. Vorbereitung der Interviewenden im Rahmen einer partizipativen Schulung

Zwischen Festlegung des Stichprobeverfahrens und Test der Erhebungsinstrumente fand noch ein wichtiger Zwischenschritt statt: die Vorbereitung und Vertrautmachung der Interviewenden mit den Erhebungsinstrumenten. Die Schulung zur Anwendung der strukturierten Fragebögen für die Haushaltsbefragung sowie der Leitfäden für die Gruppengespräche wurde partizipativ und interaktiv angelegt, um bei den Interviewenden ein gewisses Verantwortungsgefühl für eine qualitativ gute Befragung zu entwickeln. Wie bereits bei der Konstruktion der beiden Fragebögen,

¹⁸⁷ Die Krankenkasse MUSAC in Cinzana bestand im Oktober 2006, zum Zeitpunkt der Erhebung, aus 360 Haushalten, während die Versicherung in Kourouma im März 2007 126 Haushalte aufwies.

so waren die beiden malischen Konsulenten auch in die Schulung der Interviewenden involviert. Sie unterstützten den Autor bei der Planung und Organisation der Schulung sowohl bezüglich des inhaltlichen als auch methodischen Ablaufs, die sie gemeinsam durchführten. Die erste Aufgabe war die Rekrutierung der Interviewenden. Als Auswahlkriterien wurde eine relativ gute Ausbildung (Sekundarschulabschluss bzw. Ausbildung z. B. als Agartechniker(in), Lehrer(in) oder Studium), sehr gute Kenntnisse des Bamana (zumindest mündlich) und des Französischen (mündlich und schriftlich) sowie Erfahrung mit Interviews in ländlichen Milieus zugrunde gelegt.

Während in Cinzana-Gare neun der elf Interviewenden aus der Gemeinde kamen, waren in Kourouma alle zehn Befragenden aus Bamako. Dies spiegelt den Umstand wider, dass es in Cinzana-Gare insbesondere durch die Präsenz einer landwirtschaftlichen Forschungsstation eine Reihe gut ausgebildeter Agrartechniker gibt, die fast alle Erfahrungen mit Befragungen im Erhebungsgebiet gesammelt und dementsprechend gute Kenntnis der Lokalität hatten¹⁸⁸. In Kourouma hingegen gab es keine Personen, die relativ gut ausgebildet **und** bereits Erfahrungen mit Interviews hatten. Auch wenn lokalspezifische Kenntnisse der Interviewenden einen Vorteil darstellen, entschied der Autor in Abstimmung mit den Konsulenten, zehn erfahrene Befragende aus Bamako einzubeziehen. Ihre Rekrutierung erfolgt durch die malischen Konsulenten.

Die Vorbereitung dauerte jeweils drei Tage, wobei jene für die Befragung in Cinzana-Gare vor Ort auf der landwirtschaftlichen Forschungsstation abgehalten wurde, während die Schulung für Kourouma wegen fehlender Räumlichkeiten in der Gesundheitszone Kourouma in Bamako stattfand. Die Konsulenten moderierten die Schulung nicht nur engagiert, sondern gingen dabei systematisch sowie methodisch und thematisch kompetent vor. Beide waren bereits durch zahlreiche Planungs- und Evaluierungsaufträge mit unterschiedlichen Entwicklungsthemen und –bereichen vertraut. Zudem kannten sie die Fragebögen durch ihre Beteiligung an deren Entwicklung bereits im Detail. Nach Erläuterung der Forschungsfragestellung und Schulungsziele wurden zunächst einige Hinweise zur Befragungssituation, zum Verhalten des Interviewenden und des Befragten sowie zu verschiedenen Befragungstechniken gegeben. Dies half z. B., Widerstand gegenüber bestimmten Fragen abzubauen, beziehungsweise sozial erwünschte Antworten seitens des Befragten zu vermeiden¹⁸⁹. Vor der Erläuterung und Besprechung jeder einzelnen

¹⁸⁸ Der Koordinator der *Initiative Accès*, welche in der Gesundheitszone Cinzana-Gare bis 2014 aktiv war, sowie weitere Schlüsselinformanten halfen bei der Identifizierung, Auswahl und Rekrutierung der elf Interviewenden.

¹⁸⁹ In diesem Zusammenhang gaben die Konsulenten zehn Interviewregeln ab: 1) die zeitliche Verfügbarkeit des Interviewten sollte zunächst geklärt werden, 2) der Interviewort sollte der Familienhof sein, 3) die Definition von Familie und Haushalt sollte dem Interviewten erläutert werden, 4) das von der Novartis Stiftung unterstützte Projekt in Cinzana sollte nicht im Zusammenhang mit der Forschung erwähnt werden, 5) es sollte eine angenehme Gesprächsatmosphäre für den Interviewten geschaffen werden, 6) jede Frage sollte zunächst gut durchgelesen werden, bevor sie gestellt wurde, 7) Antworten des Interviewten sollten nicht in Frage gestellt werden, 8) es sollte dem Interviewten signalisiert werden, wenn ein Kapitel im Fragebogen abgeschlossen ist und ein neuer Themenbereich beginnt, 9)

Frage wurden die Themenkapitel eingeführt, in die beide Fragebögen zur besseren Orientierung der Interviewenden unterteilt waren. Damit verbunden zeigten die Konsulenten auf, wie vor dem Fragestellen jeder Themenbereich im Bamana eingeführt werden kann, sodass der Befragte besser einschätzen konnten, welche Art von Fragen folgen. Der systematischen Auseinandersetzung mit jeder einzelnen Frage der beiden Fragebögen - inhaltliches Verständnis und adäquate Übersetzung vom Französischen ins Bamana – räumten die Konsulenten viel Zeit ein. So sollte eine möglichst hohe Durchführungsobjektivität der Fragebögen erzielt werden (Dieckmann 1998: 216).

Im Anschluss daran wurde den Interviewenden die Möglichkeit gegeben, die Fragebögen und Befragungstechniken zu testen. Während dies in Cinzana-Gare in den Pretest integriert wurde (siehe Kapitel 8.6), simulierten die für Kourouma ausgewählten Interviewenden die Befragung zunächst in Gruppen untereinander, da die Schulung in Bamako stattfand. In beiden Fällen diskutierten Interviewende, Konsulenten und der Autor die Erfahrungen, darauf basierend wurden optimierte Interviewabläufe entwickelt.

Obwohl es sich um eine Schulung handelte, legten die Konsulenten großen Wert darauf, die Interviewenden von Anfang an einzubeziehen. Ihnen wurde nicht nur das Forschungsthema und –ziel anschaulich näher gebracht sowie die Rolle des/der Interviewenden für eine qualitativ gute Erhebung und damit für die Forschung hervorgehoben. Die Konsulenten und der Autor ermutigten die Interviewenden während der Schulung, inhaltliche Verständnisfragen oder solche zur Funktionalität des Fragebogens zu stellen sowie Verbesserungsvorschläge für spezifische Frageformulierungen oder Merkmalsvorgaben zu machen. So konnte sichergestellt werden, dass der Sinn jeder einzelnen Frage verstanden wurde, Merkmalsvorgaben für jede abgefragte Variable lokal relevant und vollständig waren sowie die Handhabbarkeit des Fragebogens für die Interviewenden gegeben war. Durch intensive Interaktivität versuchten die Konsulenten, das (thematische) Interesse der Interviewenden für die Befragung zu wecken, sie zu motivieren, sich in den spezifischen Kontext einer strukturierten Befragung mit all seinen Herausforderungen hinein zu denken. Somit ergaben sich lebhaft Diskussionen bei der Besprechung der Fragen.

8.6. Test der Erhebungsinstrumente und Durchführung der Haushaltsbefragung

Im Anschluss an die Vorbereitung der Interviewenden führten diese sowohl in Cinzana-Gare als auch in Kourouma unter Anleitung Pretests durch. Dabei testeten jeweils zwei Interviewende beide Fragebögen bei einem Haushaltsvorstand, der nicht in der Stichprobe für die Befragung vertreten war. Dementsprechend befragten die Interviewenden im Rahmen des Pretests in jeder Lokalität fünf Haushaltsvorstände. Die Beobachtungen von Interviewenden und Supervisoren

Abkürzungen sollten vermieden werden, 10) Bleistift und Radiergummi sollten zum Ausfüllen des Fragebogens verwendet werden.

(Konsulenten) führten zu einer letzten Anpassung der Fragebögen vor Beginn der Datenerhebung. Die Haushaltsbefragungen fanden in Cinzana-Gare im September 2006 und in Kourouma im März 2007 statt (siehe Abbildung 10 im Anhang 1, S. 252). Von allen Gesprächsteilnehmern wurde vor Beginn des jeweiligen Interviews explizit die verbale Zustimmung für die Befragung eingeholt¹⁹⁰.

Vor den Haushaltsbefragungen hatten die beiden malischen Konsulenten für eine erste Kontaktaufnahme die Gesundheitszone Kourouma besucht, die dem ganzen Forschungsteam zuvor nicht bekannt war. Sie stellten den Verantwortlichen der Krankenkasse, des örtlichen Gesundheitszentrums und der Gemeinde nicht nur der Zweck und das Konzept der Forschungsarbeit vor, sondern sammelten gleichzeitig auch erste Rahmendaten zur Gemeinde, Gesundheitszone und Krankenkasse.

Der Verfasser dieser Arbeit verbrachte während der Befragung in Kourouma im März 2007 sechs Tage mit den Interviewenden und Supervisoren. Vor dem Beginn der Befragung besuchten der Autor und die Supervisoren jedes der zehn Dörfer der Gesundheitszone Kourouma, um den Dorfcheads den Zweck sowie die Durchführungsorganisation der Befragung zu erläutern und ihre Zustimmung einzuholen. Zugleich wurden die Interviewenden eingeführt, da sie in Kourouma in kleine Teams von zwei bis drei Interviewenden eingeteilt wurden, die jeweils alle Befragungen in zwei bis drei Dörfern abdeckten, wobei sie in einem dieser Dörfer wohnten. Diese Vorgehensweise schätzten die Dorfverantwortlichen, die keine Bedenken gegen die Befragung vorbrachten und den Interviewenden Unterkünfte bei Familien organisierten. Die Zusammenstellung von Teams wurde als Vorteil gesehen, da sich die Interviewenden so bei Unklarheiten und Schwierigkeiten zunächst untereinander austauschen und beraten konnten, bevor sie die Supervisoren im Hauptort der jeweiligen Gesundheitszone aufsuchten, was logistisch schwierig war.

In Cinzana-Gare hingegen übernahm ein malischer Kollege aus dem Forschungsteam die Aufgabe, die Dorfcheads bezüglich der Befragung zu informieren und ihre Zustimmung einzuholen. Da er als Projektverantwortlicher der Novartis Stiftung in einer Vielzahl der Dörfer persönlich bekannt war, verzichtete der Verfasser darauf, selbst in die Dörfer zu fahren und die Forschungsarbeit vorzustellen. Dies sollte bei den Befragten den Eindruck vermeiden, die Forschung hätte zum Zweck, sie zum Krankenkassenbeitritt zu bewegen. Auch in Cinzana-Gare arbeiteten die Befragenden in Zweier- beziehungsweise Dreier-Teams und interviewten alle Haushaltsvorstände in jeweils fünf Dörfern, jedoch übernachteten sie nicht in den Dörfern, da sie bis auf zwei Interviewende alle aus der Gemeinde Cinzana kamen und abends in ihren Wohnort zurückkehrten. Der Verfasser war

¹⁹⁰ Bereits im Februar 2006 beziehungsweise Juni 2006 wurden erste Entwürfe der beiden Fragebögen in Cinzana-Gare getestet. Die beiden malischen Konsulenten testeten den Entwurf zu Lebensführungsmustern in neun Haushalten aus verschiedenen Dörfern, jenen zu Sicherheitsstrategien in fünf weiteren Haushalten (aus drei Dörfern). Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit der befragten Haushaltsvorstände differierten dabei.

während der Befragung in Cinzana-Gare zwei Wochen vor Ort und überprüfte gemeinsam mit den Konsulenten die ersten ausgefüllten Bögen und unterstützte die Interviewenden.

Die Supervisoren besuchten in regelmäßigen Abständen alle Teams, um mögliche Schwierigkeiten bei den Befragungen zu klären, ausgefüllte Fragebögen einzusammeln beziehungsweise bereits eingesammelte und durchgesehene Fragebögen bei Unklarheiten oder Unvollständigkeit zur Korrektur zurückzugeben. Zudem gab es sowohl in Cinzana-Gare als auch in Kourouma mit allen Interviewenden wöchentliche Treffen (zumeist sonntags) im Hauptort, während derer allgemeine Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Ausfüllung der Fragebögen sowie organisatorische Fragen besprochen wurden.

8.7. Rückgabe erster Ergebnisse an Gemeindeverantwortliche und Befragte

Ein genuiner Bestandteil des Methodenansatzes war die Rückgabe erster, vorläufiger Ergebnisse aus den Haushaltsbefragungen. Im Rahmen einer eintägigen Veranstaltung in jeder der beiden Untersuchungslokalitäten präsentierten die Konsulenten und der Autor die Befunde den Vertretern und Vertreterinnen aus Gemeinde und allen Dörfern (u. a. Dorfschef und Erster Sekretär) sowie Frauengruppen, der Krankenkasse und Gesundheitsdiensten (siehe Foto 1 auf nächster Seite). Ein Teil von ihnen war auch befragt worden. Die Teilnehmenden kommentierten und diskutierten die in Bamana vorgestellten Resultate. Die beiden Konsulenten von GEFRAD bereiteten gemeinsam mit dem Autor die Veranstaltung vor, präsentierten und moderierten diese.

Dieser Rückkoppelungsprozess brachte nicht nur neue Erkenntnisse, die für die weitere Datenauswertung und die folgenden Gruppendiskussionen und Einzelinterviews genutzt werden konnten. Beispielsweise diskutierten die Teilnehmenden kontrovers die Ergebnisse bezüglich der Frage, weshalb bestimmte Kinder nicht eingeschult wurden. Die Debatte legte nicht nur ökonomische Gründe offen, sondern auch Unterschiede in Einstellungsfragen und Entscheidungsabläufen innerhalb von Haushalten und Familien. Dieser Aspekt war äußerst hilfreich für die Entwicklung der Frageleitfäden für die Gruppendiskussionen und Einzelinterviews, bei denen vor allem Entscheidungsfindungsmuster im Vordergrund standen. Auch für die Befragten ergaben sich neue Aspekte. Diese Vorstellung vorläufiger Ergebnisse ermöglichte es, die vorläufige, außenorientierte Analyse durch eine innensichtorientierte Interpretation zu ergänzen.

Foto 1: Präsentation vorläufiger Ergebnisse in Cinzana-Gare



8.8. Gruppendiskussionen und Einzelinterviews

Im Anschluss an die Rückgabe erster Ergebnisse aus den Haushaltsbefragungen zu Lebensführungsmustern wurden in beiden Lokalitäten je zehn Gruppendiskussionen und zwölf Einzelinterviews in ausgewählten Haushalten durchgeführt. Die Fokusgruppendiskussionen fanden im Juni 2008 (Cinzana-Gare) bzw. Februar 2009 (Kourouma) statt. Die Einzelinterviews wurden in beiden Lokalitäten ebenfalls im Februar 2009 geführt (siehe Abbildung 10 im Anhang 1, S. 252). Die Gesprächsthemen ergaben sich aus einer ersten Datenanalyse und anschließenden Diskussion der vorläufigen Ergebnisse in den untersuchten Lokalitäten. Wie sich als zentraler Befund zeigte, kommen versicherte Haushalte überproportional häufiger aus kleineren Familien als unversicherte Haushalte. Es wies einiges darauf hin, dass die Größe und Struktur der Familie Einfluss auf die Entscheidungsfindungsmuster und damit auf den Krankenkassenbeitritt hat. Wie die Daten außerdem offenlegen, tragen Migranten erheblich zum Lebensunterhalt von Großfamilien und Haushalten bei. Daraus entsprang die These, diese haben nicht nur besonderes Gewicht in der familiären Entscheidungsfindung, sondern sind durch ihre Migration auch Träger sozialen Wandels und Produkten der Moderne gegenüber offener (Schulz 2012: 147). Insofern war es sinnvoll, sowohl Gruppen mit Haushaltsvorständen aus kleinen bzw. großen Familien als auch solche mit Migrationserfahrung zu interviewen. Hauptthemen waren dementsprechend Entscheidungsfindungsmuster (je nach Lebensbereich)¹⁹¹ auf Haushalts- und Familienebene sowie Solidaritätsbeziehungen, die Haushalte nutzen und in die sie eingebunden sind. Auch die Krankenkassenverantwortlichen der jeweiligen Lokalität wurden in Gruppendiskussionen befragt. Sie sollten u. a. ihre Sicht bezüglich der unterschiedlich hohen Beitrittsraten von Dörfern darlegen und erläutern, welche einflussreichen Personen ihrer Meinung nach die Krankenkasse unterstützen bzw.

¹⁹¹ Im Einzelnen waren dies Gesundheit, Bildung, Migration, Mitgliedschaften in Vereinigungen, Unterkunft, Güter, Ernährung, Heirat und Einkommens-/Wirtschaftsaktivitäten.

ablehnen. Die Hinzunahme von qualitativen Methoden wie Gruppendiskussionen und Einzelinterviews erschien deshalb relevant, weil so entsprechend der Logik eines *sequential, explanatory mix method design* die quantitativen Ergebnisse aus den Haushaltsbefragungen besser interpretiert und mit den lokalen Sichtweisen der betroffenen Akteure kontrastiert werden konnten. Schließlich ließen sich Entscheidungsfindungsmuster auf Haushalts- und Familienebene schwerlich im Rahmen von strukturierten Interviews eruieren, da insbesondere die Wahrnehmungen der einzelnen sich nach Geschlecht, Alter und/oder Migrationserfahrung unterscheidene Personen von Interesse waren.

Für die Gruppendiskussionen und Einzelinterviews wurde ein halbstrukturierter Gesprächsleitfaden entworfen, der mit Ausnahme der Krankenkassenverantwortlichen bei allen Gruppen eingesetzt werden konnte. Allerdings enthielt der Leitfaden für die Diskussionen mit Migrantinnen und Migranten zusätzliche Fragen zu ihrem potenziellen Einfluss innerhalb der Dorfgemeinschaft, was Entscheidungen und die Annahme bzw. Einführung von Neuerungen angeht. Die Leitfäden für die Gruppendiskussionen wurden im Februar 2008 im Rahmen von drei Gesprächsrunden getestet und danach bis Juni 2008 weiterentwickelt und finalisiert. Es handelte sich dabei um eine Gruppe älterer Frauen über 45 Jahren, die nie migriert sind, sowie zwei Gruppen jüngerer Männer zwischen 25 und 45 Jahren mit Migrationserfahrung (Gesprächsleitfäden in Anhang 2 & 3, S. 253 & 261).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden folgende, sich nach Alter, Geschlecht, Migrationserfahrung und Familiengröße differenzierende Gesprächsgruppen geformt. Tabelle 5 im Anhang 1 (S. 240) bietet eine Übersicht über die einzelnen Gruppen und ihre Charakteristika:

1. Jüngere Migranten;
2. Jüngere Migrantinnen;
3. Jüngere Männer ohne Migrationserfahrung;
4. Jüngere Frauen ohne Migrationserfahrung;
5. Ältere Frauen ohne Migrationserfahrung;
6. Jüngere Haushaltsvorstände aus großen Familien;
7. Ältere Haushaltsvorstände aus großen Familien;
8. Jüngere Haushaltsvorstände aus kleinen Familien;
9. Ältere Haushaltsvorstände aus kleinen Familien;
10. Krankenkassenverantwortliche.

Im Gegensatz zu den Haushaltsbefragungen wurden die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen nicht zufällig gezogen, sondern durch Schlüsselinformanten ausgewählt. Die Teilnehmenden wurden nach festgelegten Kriterien (Altersklasse, Geschlecht, Familien- bzw. Migrationshintergrund) ausgewählt, wobei die Teilnehmenden jeder Gruppe aus verschiedenen Dörfern der Untersuchungslokalität kamen. Dazu informierten die Schlüsselinformanten die

jeweiligen Dorfverantwortlichen und baten diese, die gewünschte Anzahl an Personen gemäß der gesetzten Kriterien für die jeweiligen Gruppendiskussionen zu organisieren.

Die Gruppengröße variierte zwischen vier und acht Personen, diskutiert wurde in Bamana. Diese übersichtliche Größe erlaubte in der Regel angeregte Diskussionen mit und unter den Teilnehmenden, bei der jede(r) zu Wort kam. Auch die Tatsache, dass sie aus verschiedenen Dörfern kamen, machte die Diskussion für die Teilnehmenden interessanter. Sowohl die Gruppendiskussionen als auch die Einzelinterviews wurden aufgenommen, wobei die Interviewenden zuvor die verbale Zustimmung aller Teilnehmenden einholten. Dies stellte in keinem der Fälle ein Problem dar. Während die beiden malischen Konsulenten von GEFRAD die Männer-Gruppen in beiden Lokalisationen moderierten, machten dies bei den Frauen-Gruppen zwei malische Mitarbeiterinnen, die bereits Interview-Erfahrung hatten¹⁹². Während ein(e) Interviewende(r) Fragen stellte, die Diskussion moderierte und die Gruppe animierte, führte die/der andere Protokoll, so dass es auch schriftliche Mitschriften in Französisch gab.

Foto 2: Gruppendiskussion mit Haushaltsvorständen



Die Themen in den Einzelinterviews entsprachen jenen der Gruppendiskussionen. Im Gegensatz zu Letzteren fanden die Einzelgespräche allerdings in acht ausgewählten Großfamilien statt, die sich während einer ersten Datenanalyse als interessante Fälle aus den Haushaltsbefragungen herauskristallisierten. Alle acht Familien hatten also zumindest ein Haushaltsvorstand in ihren Reihen, der bereits befragt worden war. Im Einzelnen befragten die vier malischen Mitarbeitenden pro Lokalisation zwölf Personen jeweils getrennt voneinander:

¹⁹² Eine Dame (Geographin) war bereits als Interviewerin bei den Haushaltsbefragungen in Kourouma dabei, die zweite (Sozialanthropologin) betreute schon Frauengruppen in verschiedenen Entwicklungsprojekten.

1. Ein versicherter Haushaltsvorstand und seine Ehefrau aus einer kleinen Familie (zwei getrennte Interviews);
2. Ein unversicherter Haushaltsvorstand und seine Ehefrau aus einer kleinen Familie (zwei getrennte Interviews);
3. Zwei versicherte Haushaltsvorstände und ihre Ehefrauen aus einer großen Familie, wobei ein Ehepaar jünger und eines älter war (vier getrennte Interviews);
4. Zwei unversicherte Haushaltsvorstände und zwei Ehefrauen aus einer großen Familie, wobei ein Ehepaar jünger und eines älter war (vier getrennte Interviews).

Darüber hinaus erstellte ein malischer Künstler für die Diskussionen und Gespräche zwei Karten-Sets. Zum einen wurde ein Set entwickelt, bei dem jede Karte eine Entscheidungsinstanz auf Haushalts- bzw. Familienebene zeigt. Dies beinhaltete u. a. Karten, die die gesamte Großfamilie, den Großfamilienvorstand alleine oder den Haushaltsvorstand mit seiner/n Ehefrau(en) darstellten. Zum anderen illustrierte jede Karte des zweiten Sets einen Entscheidungsbereich. Insgesamt wurden zehn Bereiche vorgestellt, für die jeweils die Teilnehmenden die Entscheidungsinstanzen und -Abläufe erklärten. Dieses zweite Set diente gleichzeitig dazu, die Ausgabenprioritäten der Teilnehmenden und ihrer Haushalte zu ermitteln. Dazu wurden sie eingeladen, die zehn Bereiche im Rahmen eines Rankings zu klassifizieren. Zum Teil einigten sich die Teilnehmenden im Rahmen der Gruppendiskussion auf ein Ranking, in anderen Fällen wurden so viele unterschiedliche Rankings wie nötig in einer Gruppe angelegt (siehe Foto 2, S. 168).

Foto 3: Einzelinterview mit einer Frau aus einer kleinen Familie



Der Autor nahm sowohl in Cinzana-Gare als auch Kourouma bei allen Gruppendiskussionen mit männlichen Teilnehmenden sowie bei einigen Einzelinterviews teil und stellte z. T. ad hoc zusätzliche Fragen, sobald sich interessante Aspekte ergaben. Die Gruppendiskussionen dauerten im Durchschnitt

zwischen 60 und 90 Minuten. Nach den Diskussionen des Tages besprachen Interviewende, Supervisoren und Autor am Abend jeweils den Verlauf und die daraus resultierenden Änderungen, die für die Gesprächsthemen und -Führung der Diskussionen am folgenden Tag vorgenommen werden mussten und bereiteten diese vor.

8.9. Vom Aufbau der Datenbanken zur Datenerfassung, -Bereinigung und -Analyse

Nach den Haushaltsbefragungen überprüften die beiden malischen Supervisoren die Daten der ausgefüllten Fragebögen noch während der zwei Forschungsaufenthalte auf ihre Vollständigkeit, Schlüssigkeit und Validität. Die sofortige Kontrolle ermöglichte, dass die Interviewenden fehlende bzw. inkonsistente Daten noch direkt vor Ort im betroffenen Haushalt nacherheben bzw. überprüfen konnten. Nach einer nochmaligen Prüfung durch die Supervisoren gaben der Autor sowie zwei Hilfskräften in der Schweiz die Daten elektronisch ein. Für die Eingabe der quantitativ-standardisierten Daten aus den beiden Fragebögen erstellte eine Software-Beratungsfirma zwei Masken in Microsoft Access (Microsoft Corp. Seattle, USA), deren Aufbau der Kapitelstruktur des jeweiligen Fragebogens entsprach¹⁹³. Die beiden Datensatzblätter waren durch die Identifikationsnummer des jeweiligen Haushalts miteinander verknüpft. Auch bei der Dateneingabe achteten der Verfasser und die beiden Hilfskräfte nochmals auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Daten. Fragebögen mit fehlenden wesentlichen Daten wurden gesammelt. Da der Autor aufgrund seiner Tätigkeit bei der Novartis Stiftung regelmäßig in Mali war, konnten die Daten durch einen Interviewenden in Cinzana-Gare und einen Schlüsselinformanten in Kourouma in den betreffenden Haushalten zügig überprüft bzw. bei Bedarf nacherhoben werden.

Für die Datenanalyse wurden die Daten von Microsoft Access in die Statistik-Programme SAS v9.2 (SAS Corporation, Cary, NC, USA) bzw. STATA v12.0 (StataCorp LP, College Station, TX, USA) überführt. Die deskriptiven Untersuchungen, die uni- und multivariaten Analysen, die Erstellung des sozioökonomischen Index (Dekker 2006) sowie die Cluster-Analyse für die Haushaltstypologie nahm eine Statistikerin des Schweizerischen Tropen- und Public Health Institutes (www.swisstph.ch) vor. Vor diesen Analysen überprüfte und bereinigte der Autor alle eingegebenen Daten zu den 600 Haushalten. Um den Zusammenhang zwischen Krankenkassenmitgliedschaft und den jeweiligen Einflussgrößen (bzw. unabhängigen Variablen) zu untersuchen, wurden uni-, bi- und multivariate Analysen mit Hilfe des χ^2 -Tests durchgeführt (Dieckmann 1998: 589). Bei den multivariaten Analysen handelte es sich um logistische Regressionsmodelle. Dieses Regressionsmodell wird dann gewählt, wenn die abhängige Variable dichotom ist, was auf die Krankenkassenmitgliedschaft zutrifft (Dieckmann 1998: 615). Eine Korrelation zwischen Krankenkassenmitgliedschaft und der jeweiligen unabhängigen Variable wurde dann als statistisch signifikant

¹⁹³ Die Masken entwickelte die Beratungsfirma pwi, Birsfelden, Schweiz (www.pwi.ch).

angesehen, wenn beim χ^2 -Test der p-Wert unter 0.05 lag. Dies entspricht der Vorgehensweise anderer Haushaltsstudien, die auch auf den Vergleich zwischen Charakteristika zweier Gruppierungen von Haushalten in Bezug auf Krankenkassenmitgliedschaft (*outcome variable*) fokussieren (Jütting 2005: 109ff.). Im Unterschied zur bivariaten Analyse, die lediglich den Zusammenhang zwischen Krankenkassenmitgliedschaft und einer unabhängigen Variable ermittelt, misst die Regressionsanalyse den **relativen** Beitrag jeder unabhängigen Variable zur Wahrscheinlichkeit des untersuchten Haushalts, Mitglied der Krankenkasse zu sein. Durch den Einschluss anderer unabhängiger Variablen in das Analysemodell wird dem Umstand Rechnung getragen, dass „Drittvariablen“ möglicherweise einen verzerrenden Einfluss auf den Zusammenhang haben. In den Regressionsanalysen wurden entsprechend gängiger Praxis auch die Konfidenzintervalle (oder auch Vertrauensbereiche) analysiert. Sie schließen einen Bereich um den geschätzten, ermittelten Wert eines Parameters ein, der mit einer 95%-igen Wahrscheinlichkeit (das Konfidenzniveau) die wahre Lage des Parameters trifft (Dieckmann 1998: 587f.)¹⁹⁴. Je enger der Konfidenzintervall ist, desto präziser sind der ermittelte Wert und damit der statistische Zusammenhang zwischen Krankenkassenmitgliedschaft und unabhängiger Variable. Hingegen weist ein breites Konfidenzintervall auf einen zu geringen Stichprobenumfang bzw. eine starke Variabilität in der Realität hin. Neben dem p-Wert und dem Konfidenzintervall wurde auch das Quotenverhältnis (*odds ratio*) analysiert. Dieses sagt etwas über die Stärke eines statistischen Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen aus. Dabei werden die Quoten (*odds*) zweier Gruppen verglichen. Im Falle dieser Studie wurde dementsprechend untersucht, inwiefern die Chance eines befragten Haushalts, Mitglied der Krankenkasse zu sein, größer ist, sofern er Träger bestimmter Merkmale ist. Als Beispiel kann die Hypothese angeführt werden, dass Haushalte, die sozioökonomisch besser gestellt sind, eine doppelt so hohe Chance haben versichert zu sein als jene, deren sozioökonomische Lage schlechter ist.

Während in univariaten Analysen alle erhobenen Variablen untersucht wurden, konnte in der Regressionsanalyse aufgrund der Stichprobengröße nur eine Auswahl von Variablen berücksichtigt werden. Ein Regressionsmodell gilt dann noch als ausreichend stark, wenn auf eine einbezogene Variable zirka 25 Erhebungseinheiten (Fälle) kommen. Die Auswahl erfolgte auf der Basis der aufgestellten Forschungshypothesen sowie der Ergebnisse aus der univariaten Analyse. D. h. Variablen, die nicht nur statistisch signifikant, sondern zudem aussagekräftig waren, wurden in die Regressionsanalyse einbezogen. Es mussten zwei separate Regressionsanalysen durchgeführt werden, da es zwei Variablen-Sets gab, die auf unterschiedlichen Stichproben basierten. Die eine Analyse schloss 25 Variablen ein, zu denen Daten mit Hilfe des ersten Fragebogens zu Lebensführungsmustern erhoben wurden (600 Haushalte). Die zweite beinhaltete elf

¹⁹⁴ D.h. dass in 95 von 100 Fällen die errechneten Intervallgrenzen den wahren Wert enthalten.

Variablen, zu denen Daten über den zweiten Fragebogen zu Sicherungsstrategien gesammelt wurden (300 Haushalte).

Der sozioökonomische Index basiert auf einer so genannte *Principal Component Analysis* (vgl. Vyas & Kumaranayake 2006: 459), bei der 39 Variablen berücksichtigt wurden (siehe Tabelle 8 im Anhang 1, S. 244f.). Die Cluster-Analyse wiederum schloss zehn Variablen ein, die sich bereits in den Regressionsanalysen als statistisch signifikant und/oder entsprechend der Forschungshypothesen als ausreichend aussagekräftig erwiesen. Die Statistikerin wendete bei der sogenannten *Latent Class Analysis* die SAS-Prozedur an. Sie erlaubt, eine Anzahl diskreter, sich gegenseitig ausschließender „latenter“ Klassen (Gruppierungen) von Individuen auf Grundlage ihrer Antworten zu erhobenen kategorialen Variablen zu erfassen (Lanza et al. 2007: 671f.).

Die qualitativen Daten aus dem Fragebogen zu Lebensführungsmustern (d. h. die Antworten auf die offenen Fragen zu Werthaltungen) sowie jene aus den Gruppendiskussionen und Einzelinterviews erfassten die Mitarbeitenden des Consulting-Unternehmens GEFRAD in Microsoft Word (Microsoft Corp. Seattle, USA) und transkribierten sie vom Bamana ins Französisch. Danach überprüften die beiden Supervisoren die Transkriptionen. Dazu glichen sie ihre handschriftlichen Notizen mit jenen der Protokollanten ab. Im Anschluss daran überführte der Verfasser die transkribierten Texte zur Datenanalyse in die Software MAXqda (Verbi Software, Consult & Sozialforschung GmbH, Marburg & Berlin, Deutschland; www.MAXqda.de)¹⁹⁵. Der Autor überprüfte zunächst alle erfassten Daten, bevor diese in MAXqda geladen wurden. Die Daten aus dem Fragebogen zu Lebensführungsmustern sowie aus den Gruppendiskussionen und Einzelinterviews wurden dabei jeweils gesondert in unterschiedlichen Ordnern abgelegt¹⁹⁶. Außerdem legte der Autor für jede der offenen Fragen aus dem Fragebogen eine Variable in MAXqda an. Bei der Antwortanalyse entwickelte er dann Schritt für Schritt Merkmalsausprägungen für jede Variable. Dieses Vorgehen ermöglichte eine quantitative Auswertung in SAS bzw. STATA. Diese Daten zu den Einstellungen und Werthaltungen eines jeden Haushaltsvorstandes konnten mit den restlichen, in SAS bzw. STATA erfassten quantitativen Daten desselben Haushalts verknüpft werden. Dazu trug jedes Datenblatt in MAXqda dieselbe Identifikationsnummer, die dem Haushalt in SAS bzw. STATA zugeordnet wurde. Dadurch konnten die in MAXqda eingegebenen Daten für statistische Analysen genutzt werden.

¹⁹⁵ Die qualitativen Daten aus dem Fragebogen wurden durch eine studentische Hilfskraft in der Schweiz sowie einige freie Mitarbeitende von GEFRAD in Mali erfasst.

¹⁹⁶ Die Daten jedes Haushalts, jeder Gruppendiskussion bzw. jeder interviewten Einzelperson wurden in einem eigenen Word-Dokument gespeichert.

9. Krankenkassenbeitritt im Kontext sozialer Differenzierung

Die empirischen Befunde dieser Arbeit widerlegen eine der gängigen Hauptthesen zu den Gründen niedriger Versichertenzahlen: In den beiden Untersuchungsgebieten sind unversicherte Haushalte sozioökonomisch nicht schlechter gestellt als Krankenkassenmitglieder. Armut als Ursache geringer Beteiligung wird somit überschätzt. Dies wird umso deutlicher, da die Befunde die Relevanz anderer Einflussgrößen und damit einer umfassenderen Ursachenanalyse offenlegen. Neben dem Vertrauen in die Krankenkassenführung und ihrer dörflichen Herkunft beeinflussen die Einbindung von Haushalten (*gwa*) in Großfamilien (*du*) und die damit zusammenhängenden Strukturen der Entscheidungsfindung die Beitrittsentscheidung. Ebenso haben Einstellungen und Werthaltungen der Haushaltsvorstände einen Einfluss darauf, ob Haushalte beitreten oder nicht. .

Die Darstellung und Diskussion der empirischen Befunde ist in zwei Kapitel unterteilt. Im Kapitel 9 werden die wesentlichen Einflussfaktoren niedriger Versichertenzahlen systematisch entlang des vorgestellten analytischen Bezugsrahmens behandelt und in Beziehung gesetzt. Dementsprechend stehen Einflussgrößen im Zentrum, die jeweils der sozioökonomischen Ausstattung von Haushalten, ihren soziokulturellen Orientierungen sowie der Haushalts- bzw. Familienstruktur zugeordnet werden können. Weiter werden Faktoren behandelt, die in den sozial-räumlichen bzw. soziopolitischen Kontext fallen, in denen die untersuchten Haushalte leben. Dieses Kapitel widmet sich zudem den Strukturen der Entscheidungsfindung in den untersuchten Haushalten und Familien, die sich entsprechend des analytischen Bezugsrahmens aus dem jeweiligen Zusammenspiel sozioökonomischer Charakteristika und soziokultureller Orientierungen dieser Haushalte sowie ihrer internen Struktur einschließlich ihrer Einbindung in die weiter gefasste Großfamilie und andere soziale Netzwerke ergeben. Des Weiteren wird das Gesundheitsverhalten der untersuchten Haushalte beleuchtet, das ebenso wie die Strukturen der Entscheidungsfindung durch die jeweiligen Lebensführungsmuster geprägt ist und diese widerspiegelt. Sowohl Entscheidungsstrukturen als auch Gesundheitsverhalten werden zur Krankenkassenmitgliedschaft in Beziehung gesetzt.

Der Analyserahmen dient auch im Kapitel 10 als Grundlage für die Darstellung unterschiedlicher Haushaltstypen und ihrer Verbreitung in den Untersuchungsgebieten. Dabei wird aufgezeigt, welche dieser Typen mit höherer Wahrscheinlichkeit krankenversichert sind. Überdies befasst sich das Kapitel mit sozialen Wandlungsprozessen, denen die Haushalte ausgesetzt sind und die sich in verändernden Lebensführungsmustern und Entscheidungsstrukturen manifestieren. Abschließend (Kapitel 11) werden aus den empirischen Befunden sowohl für die

entwicklungspolitische Praxis als auch für die zukünftige entwicklungssoziologische Forschung Schlussfolgerungen gezogen.

9.1. Keine sozioökonomische Besserstellung versicherter Haushalte

Für die Untersuchung sozioökonomischer und –kultureller Charakteristika von versicherten und unversicherten Haushalten sowie ihrer internen Struktur und Muster der Entscheidungsfindung wurden die Daten von 597 Haushalten aus der 1. Befragungsrunde ausgewertet¹⁹⁷. Diese wurden durch qualitative Daten aus den Gruppendiskussionen und Einzelinterviews in ausgewählten Familien ergänzt. Die empirischen Befunde bestätigen die „Armutshypothese“ nicht, wonach unversicherte Haushalte sozioökonomisch schlechter gestellt sind und sich deshalb die Krankenkassenbeiträge nicht leisten können (s. auch Tabelle 4, S. 199ff). Für beide Lokalitäten zusammengekommen zeigen logistische Regressionsanalysen, dass die „untere“ sozioökonomische Lage gar mit leicht höherer Wahrscheinlichkeit versichert ist, als die „mittlere“ Lage (p-Wert: 0.669; QV: 1.13; KI: .63-2.02). Wie die p-Werte zeigen, ist dieses Ergebnis nicht signifikant, ebenso wenig, wenn man getrennt nach Lokalität analysiert (p-Werte: 0.654 für Cinzana-Gare bzw. 0.963 für Kourouma)¹⁹⁸. Die Analysen legen auch offen, dass Haushalte aus der sozioökonomisch besser gestellten Lage mit leicht höherer Wahrscheinlichkeit versichert sind als jene aus der „mittleren“ Lage (QV: 1.33; KI: .77-2.28), in Cinzana-Gare liegt die Wahrscheinlichkeit sogar zweimal so hoch. Allerdings sagt der weite Konfidenzintervall für Cinzana aus, dass das Ergebnis statistisch gesehen nicht sehr präzise ist (QV: 2.11; KI: .54-8.11). Zudem zeigt sich beim p-Wert keine statistische Signifikanz, weder für beide Lokalitäten zusammen genommen noch getrennt (p-Werte: 0.295 für beide Lokalitäten, 0.277 für Cinzana-Gare, 0.321 für Kourouma)¹⁹⁹. Damit bestätigen diese Befunde für das ländliche Mali die

¹⁹⁷ Anstatt der geplanten 600 Haushalte wurden schließlich 597 in die Analyse einbezogen - 299 in Cinzana-Gare und 298 in Kourouma. Während Daten aus jeweils 97 versicherten Haushalten sowohl in Cinzana-Gare als auch in Kourouma in die Analyse einfließen, waren es in Cinzana-Gare 202 und in Kourouma 201 unversicherte Haushalte. In beiden Lokalitäten fanden jeweils 3 versicherte Haushalte keinen Eingang in die Analyse, weil ihre Daten letztlich als zu unvollständig angesehen wurden. Hingegen flossen in Cinzana-Gare zusätzlich 2 unversicherte und in Kourouma 1 unversicherter Haushalt(e) in die Auswertung ein, die zu viel befragt wurden.

¹⁹⁸ Diese Einteilung in drei Lagen basiert auf einem sozioökonomischen Index, der neben Art der Haushaltsausstattung und –Behausung sowohl landwirtschaftliche Geräte und Inputs als auch den Subsistenzgrad, Tierbesitz und Bildungsgrad der untersuchten Haushalte berücksichtigt. Die Methode zur Erstellung des hier verwendeten sozioökonomischen Index (*Principal Components Analysis*) ist im Kapitel 8 erläutert.

¹⁹⁹ Dieses Ergebnis korrespondiert mit Befunden von Miller Franco et al., die für Bla und Sikasso ebenso wenig unterschiedlich hohe Beitrittsraten für die von ihnen auf Basis von Konsumausgaben aufgestellten sozioökonomischen Quintile nachweisen konnten. Lediglich die Haushalte des am besten gestellten Quintils waren proportional häufiger versichert. Sie führen die relativ gleichmäßige Verteilung der Versicherten über alle sozioökonomischen Lagen hinweg z. T. darauf zurück, dass die jährliche Krankenkassenprämie wie auch in Cinzana-Gare in mehreren Raten gezahlt werden kann (Miller Franco et al. 2008: 833). Dies kommt schlechter gestellten Lagen entgegen.

Ergebnisse von Miller-Franco et al. für den Distrikt Bla sowie von Schneider für Ruanda (Miller Franco et al. 2008: 833, 836; Schneider 2005: 1430).

Dieser Befund lässt sich anhand von einzelnen, sozioökonomischen Parametern im Detail veranschaulichen (siehe Tabelle 9 im Anhang 1, S. 246). So können versicherte als auch unversicherte Haushalte ihren Bedarf an Getreide während durchschnittlich 11 Monaten des Jahres durch ihre eigene Produktion decken (Subsistenzgrad). Leichte Unterschiede offenbaren sich in Bezug auf den Besitz eines Standardpakets²⁰⁰- bzw. umfassenderen Pakets²⁰¹ an Konsumgütern. Während knapp 40% der unversicherten Haushaltsvorstände über das Standardpaket verfügen, so sind es bei den Versicherten 44.3% (Cinzana-Gare) bzw. 47.4% (Kourouma). Das umfassendere Paket haben jeweils doppelt so viele Versicherte wie Unversicherte. Dementsprechend weisen Regressionsanalysen aus, dass lediglich solche Haushalte, die das umfassendere Paket an Konsumgütern besitzen, mit gar fünfmal höherer Wahrscheinlichkeit versichert sind. Der weite Konfidenzintervall veranschaulicht aber auch, dass das Ergebnis nicht sehr zuverlässig ist (p-Wert: 0.001; QV: 5.50; KI: 1.96-15.43). Insgesamt besitzt jedoch nur eine sehr kleine Minderheit solche Güter.

Auch in Bezug auf den Alphabetisierungsgrad und das Bildungsniveau der jeweiligen Haushaltsmitglieder zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Haushalte, bei denen mindestens ein Mitglied Französisch sprechen und schreiben kann bzw. mindestens die Primarschule besucht hat, sind nicht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit versichert als solche, deren Mitglieder lediglich eine Lokalsprache sprechen bzw. einen Alphabetisierungskurs besucht haben (Alphabetisierung: p-Wert: 0.202; QV: 1.70; KI: .75-3.87; Bildung: p-Wert: 0.304; QV: 1.47; KI: .71-3.05). Jedoch haben im Gegensatz zu Kourouma proportional mehr unversicherte Haushalte in Cinzana-Gare ausschließlich Mitglieder in ihren Reihen, die nicht lesen und schreiben können (48%) als Versicherte (36%). Allerdings haben in beiden Lokalitäten unversicherte Haushalte häufiger ein Mitglied in ihren Reihen, dass Französisch sprechen und schreiben kann (s. Tabelle 9 im Anhang 1, S. 246). Hingegen haben in beiden Untersuchungsgebieten mehr versicherte Haushalte mindestens ein Mitglied in ihren Reihen, dass die Primarschule besucht, während in unversicherten Haushalten der Besuch einer Koranschule bzw. *médessa* als höchstes Bildungsniveau häufiger verbreitet ist (siehe Tabelle 4, S. 199ff.).

Neben Besitzstand und Bildungsniveau, zeigen sich auch in Bezug auf Migration und ihrer Wirkung auf die sozioökonomische Lage keine Unterschiede. Zwar sind solche Haushalte, bei denen mindestens ein Mitglied in der Großfamilie

²⁰⁰ Das „Standardpaket“ umfasst ein Mückennetz, ein Radio oder Kassetten-/CD-Spieler mit Radio und ein Fahrrad (Versicherte Cinzana-Gare: 44.3%; Unversicherte Cinzana-Gare: 37.6%; Versicherte Kourouma: 47.4%; Unversicherte Kourouma: 39.8%).

²⁰¹ In diese Kategorie fallen eine synthetische Matratze, Emaille-Geschirr, ein Fernseher sowie ein Mofa, Moped oder Auto. Jedoch ist der Besitz solcher Güter insgesamt wenig verbreitet (Versicherte Cinzana-Gare: 24.7%; Unversicherte Cinzana-Gare: 11.4%; Versicherte Kourouma: 10.3%; Unversicherte Kourouma: 5.0%).

permanent migriert ist, mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit versichert (p-Wert: 0.049; QV: 1.69; KI: 1-2.85). Dies lässt sich allerdings nicht für Haushalte nachweisen, die saisonale Wanderarbeiter in den Reihen ihrer Großfamilie haben (p-Wert: 0.315; QV: .74; KI: .42-1.32). Relevanter allerdings ist, dass solche Haushalte, die von diesen Migranten in irgendeiner Form materielle Unterstützung erhalten bzw. von finanziellen Zuwendungen profitieren, nicht mit höherer Wahrscheinlichkeit versichert sind (p-Wert: 0.561)²⁰². Zwar liegen keine Zahlen zur Höhe der jeweiligen finanziellen Zuwendungen vor. Doch die vorliegenden Daten weisen nicht darauf hin, dass versicherte Haushalte stärker von Zuwendungen ihrer Migranten profitieren.

Auch im Sparverhalten zeigen sich keine Unterschiede zwischen versicherten und unversicherten Haushalten²⁰³. Haushalte, die angeben, für Gesundheit zu sparen, sind nicht mit höherer Wahrscheinlichkeit versichert (p-Wert: 0.406; QV: .83; KI: .54-1.28). Obschon Versicherte zwar proportional häufiger ihre Ersparnisse in Geld bzw. in Geld und Gütern anlegen (vgl. Tabelle 10 im Anhang 1, S. 247), erweist sich auch dies nicht als signifikanter Unterschied (p-Wert in multivariater Regressionsanalyse: 0.605; QV: 1.12; KI: 0.71-1.79)²⁰⁴. Insofern lässt sich nicht sagen, dass versicherte Haushalte signifikant häufiger Ersparnisse in Geld anlegen und dies für ihre Gesundheit reservieren. Dies würde ermöglichen, Gesundheitskosten im Krankheitsfall oder den Versicherungsbeitrag direkt bar zu bezahlen, ohne andere Güter veräußern zu müssen. Auffällig hingegen ist, dass sowohl versicherte als auch unversicherte Haushalte in Kourouma häufiger ihre ganzen oder einen Teil ihrer Ersparnisse in Geld anlegen als jene in Cinzana-Gare. Dieser Umstand kann auf die Baumwollproduktion in Kourouma zurückgeführt werden, deren Verkauf den Familien und Haushalten verhältnismäßig mehr Bargeld einbringt.

Insgesamt bekräftigen die vorangegangenen Befunde die Hypothese, wonach die sozioökonomische Lage als maßgebliche Einflussgröße überschätzt wird. Die folgenden Zahlen untermauern dieses Ergebnis: obschon es in Kourouma weniger Mitgliedshaushalte und Versicherte gibt, sind die dort ansässigen Haushalte im Allgemeinen sozioökonomisch besser gestellt als jene in Cinzana-Gare. Während in Cinzana-Gare lediglich 5% der Haushalte in die besser gestellte Lage fallen, sind es in Kourouma über 60%! Hingegen befinden sich über die Hälfte der befragten Haushalte in Cinzana-Gare in der sozioökonomisch am schlechtesten gestellten Lage, in Kourouma jedoch nur gerade 10%.

²⁰² Während 76% (Cinzana-Gare) bzw. 69% (Kourouma) der unversicherten Haushaltsvorstände angeben, finanzielle Zuwendungen von migrierten Familienmitgliedern zu erhalten, liegen diese Anteile bei den versicherten Haushalten bei 69% (Cinzana-Gare) bzw. 65% (Kourouma).

²⁰³ Dies heißt, dass zumindest ein Haushaltsmitglied zum Zeitpunkt der Befragung gespart hat.

²⁰⁴ Eine offene Frage bleibt, ob die versicherten Haushalte tatsächlich über mehr Bargeld verfügen oder einfach lieber zumindest einen Teil ihrer Ersparnisse in Geld anlegen, ohne notwendigerweise mehr davon zu haben.

Tabelle 3: Sozioökonomische Lage der Befragten in beiden Lokalitäten

Gesundheitszone	Schlechter gestellte sozio-ökonomische Lage	Mittlere sozioökonomische Lage	Besser gestellte sozioökonomische Lage
Cinzana-Gare	56.7%	38.2%	5.1%
Kourouma	10.2%	28.5%	61.4%

Diese Zahlen spiegeln maßgeblich die günstigeren natürlich-klimatischen Bedingungen in Kourouma wider, die Baumwollanbau erlauben und der zumindest bis anhin ein regelmäßiges Bargeld-Einkommen ermöglichte.

Schließlich werden die Befunde durch die Einschätzungen der Krankenkassenführung bekräftigt, dass Armut keine hinreichende Erklärung ist. Zwar führen die Verantwortlichen in beiden Lokalitäten den Mangel an Mittel als Grund des Fernbleibens an. So äußert der stellvertretende Schatzmeister in Kourouma:

„Die erste Schwierigkeit bezüglich des Beitritts zur Krankenkasse ist vor allem die Armut. Es gibt Leute, die beitreten wollen. Aber wegen der Armut können sie nicht.“

Hingegen führt er ebenso mangelndes Verständnis in Bezug auf die Funktionsweise und Vorteile der Krankenkasse an. Er fasst dies wie folgt:

„Die Leute sind nicht ausreichend aufgeklärt. Einige meinen, dass es eine Form der Steuerzahlung sei. Das ist so, weil sie es nicht verstanden haben.“

Der stellvertretende Organisationssekretär wiederum ist der Meinung, dass Unversicherte vom Versicherungsprinzip nicht überzeugt sind bzw. den Solidaritätsgedanken nicht mit der Kasse verbinden. Dies kommt im folgenden Zitat zum Ausdruck:

„Einige machen die Rechnung und sehen, dass es [der Beitritt] ein Verlust ist. Weil es Momente geben kann, wo man kein Geld hat, und wenn man dann krank wird, dann ist das ein Problem. Aber es kann auch sein, dass man nicht krank wird. Und wenn man nicht krank wird, dann ist das Geld schon verloren.“

9.2. Geringer Einfluss sozial-räumlicher Faktoren

Ebenso wenig wie die sozioökonomische Lage der Haushalte hat die Distanz zwischen Haushalt und der von der Krankenkasse unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste bzw. die Befahrbarkeit der Verbindungsstraßen eine Bedeutung für die Beitrittsentscheidung. Dieser empirische Befund widerspricht den Ergebnissen von Miller Franco et al., die diesen Zusammenhang für die malischen

Regionen Bla und Sikasso herausstellen (Miller Franco et al. 2008: 834) ²⁰⁵. Insofern hat der sozialräumliche Kontext lokaler Lebensführungsmuster in den beiden untersuchten Lokalisationen kaum Einfluss auf die Bereitschaft, einer Krankenkasse beizutreten.

In der Gesundheitszone Cinzana-Gare ist Krankenkassenmitgliedschaft sowohl in uni- als auch multivariaten Analysen nicht mit einer geringeren Distanz zum örtlichen Gesundheitszentrum assoziiert. Es liegen durchschnittlich 5-6 Kilometer zwischen Haushalt und Gesundheitszentrum. In Kourouma hingegen ist Mitgliedschaft statistisch stark mit Distanz zum Gesundheitszentrum korreliert (p-Wert: 0.000; QV: .78; KI: .70-86, siehe Tabelle 11 im Anhang 1, S. 247). Dort lebte Anfang 2007 ein versicherter Haushalt im Durchschnitt lediglich 3.1 Kilometer vom Gesundheitszentrum entfernt, während diese Distanz für unversicherte Haushalte ganze 8 Kilometer betrug. Dieses Ergebnis spiegelt wider, dass sich in Kourouma 883 der 926 versicherten Personen auf den Hauptort Kourouma (14% der Dorfbevölkerung sind versichert) und den unmittelbaren Nachbarort Kougouala (50% der Dorfbevölkerung sind versichert) konzentrierten (vgl. Tabellen 6 und 7 im Anhang 1, S. 238ff.)²⁰⁶. In Cinzana-Gare hingegen waren 2006 die Mitglieder über alle 21, vom örtlichen Gesundheitszentrum unterschiedlich weit entfernte Dörfer verteilt²⁰⁷. Der statistisch eindeutige Zusammenhang zwischen geographischer Distanz und Krankenkassenmitgliedschaft in Kourouma bestätigt sich allerdings nicht, wenn man weitere qualitative sowie quantitative Daten hinzuzieht: der Arzt des Gesundheitszentrums in Kourouma gab an, dass regelmäßig Patienten aus allen Dörfern der Gesundheitszone nach Kourouma zur Behandlung kommen. Dies bestätigt sich, wenn man die quantitativen Daten der 2. Haushaltsbefragung in Betracht zieht: 99% der befragten 92 unversicherten Haushaltsvorstände gaben an, bereits im Gesundheitszentrum konsultiert worden zu sein²⁰⁸. Außerdem zeigen sich in Kourouma bezüglich der Bewertung der Qualität des lokalen Gesundheitszentrums keine Unterschiede zwischen versicherten und unversicherten Haushaltsvorständen. In beiden Gruppen nannten über 95% der befragten Haushaltsvorstände zumindest einen Qualitätsaspekt, der positiv bewertet wurde (u. a. Kompetenz und Freundlichkeit des Gesundheitspersonals,

²⁰⁵ Miller Franco et al. weisen zudem aus, dass die Wahrscheinlichkeit unter Personen, die mehr als 2 Kilometer vom nächsten Gesundheitsdienst entfernt leben, nur halb so hoch, diesen auch im Falle von Fieber zu nutzen. Bei Entbindungen lag die Wahrscheinlichkeit gar 2/3 bis ¾ tiefer (Miller Franco et al. 2008: 833).

²⁰⁶ Im Durchschnitt waren in den befragten Mitgliedshaushalten fünf Personen in Cinzana-Gare und sieben Personen in Kourouma tatsächlich versichert. Damit waren in Kourouma praktisch in allen befragten Haushalten alle Personen versichert, während in Cinzana-Gare im Durchschnitt drei Personen in den Mitgliedshaushalten nicht versichert waren. Die Zahlen für Cinzana-Gare spiegeln den Umstand wider, dass zum Zeitpunkt der Befragung viele Haushaltsvorstände zwar die Mitgliedskarte erworben, aber für niemanden im Haushalt bzw. lediglich für sich selbst die jährliche Beitragszahlung geleistet hatten.

²⁰⁷ Allerdings weisen vier Dörfer - neben dem Hauptort Cinzana-Gare die Dörfer Douna, Walambougou-Wéré und Wassadiala – überdurchschnittliche Raten von 20-31,5% auf. Niedrige Versichertenraten unter 10% gab es in acht der 21 Dörfer.

²⁰⁸ In Cinzana-Gare hatten 96% der versicherten befragten Haushalte das Gesundheitszentrum bereits besucht, bei den Unversicherten waren es mit 86% weniger.

Verfügbarkeit und Kosten der Behandlung, Infrastruktur und Ausstattung). Auch in Cinzana-Gare liegen diese Zahlen für beide Gruppierungen bei über 85%.

Höheres Erklärungspotenzial als der geographische Zugang zum Gesundheitszentrum hat die dörfliche Herkunft der Krankenkassenführung, die im hier angewendeten Bezugsrahmen in den soziopolitischen Kontext von Lebensführungsmustern fällt.

9.3. Bedeutung dörflicher Herkunft der Krankenkassenverantwortlichen und lokaler Meinungsführer

Beinahe alle Dörfer, aus denen Krankenkassenverantwortliche kommen, weisen überdurchschnittliche Versichertenraten auf²⁰⁹. Dies gilt sowohl für Kourouma als auch Cinzana-Gare. Dieser Umstand lässt darauf schließen, dass Haushalte eher beitreten, wenn ein Mitglied des Krankenkassenvorstands bzw. Verwaltungsrates aus ihrem jeweiligen Dorf kommt. Im Rahmen der Gruppendiskussion mit den Krankenkassenverantwortlichen von Cinzana-Gare wurde dies durch die Aussage eines Führungsmitgliedes bekräftigt:

„Die meisten Bamana-Dörfer, die eine größere Anzahl Mitglieder haben, haben gleichzeitig einen Bewohner, der Mitglied des Verwaltungsrates ist (...)“.

Die insgesamt höhere Versichertenrate in Cinzana-Gare lässt sich dementsprechend dadurch erklären, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung die Verantwortlichen aus verschiedenen Dörfern stammten – ganz im Gegensatz zu Kourouma. Dort kamen die Verantwortlichen hauptsächlich aus dem Hauptort Kourouma (fünf Verantwortliche) und Kougouala (drei Krankenkassenführer). Gleichzeitig regroupieren sich 120 der 126 Mitgliedshaushalte aus diesen zwei Dörfern. Dieses Strukturmuster führt wenig überraschend dazu, dass die Versicherung in den anderen Dörfern als die Krankenkasse der Dörfer Kourouma und Kougouala wahrgenommen wird. Diese Beschränkung auf eine überschaubare Gruppe kommt womöglich der traditionell segmentären Gesellschaftsform der Sénoufo entgegen, die in Kourouma vorherrschend sind, keine Zentralmacht kennen und sich vor allem auf die Großfamilie bzw. Dorfgemeinschaft stützen. Dies fördert möglicherweise die Akzeptanz der Kasse in diesen beiden Dörfern, erschwert aber ihre Ausweitung auf andere Dörfer der Gesundheitszone.

Multivariate Regressionsanalysen zeigen, dass ethnische Zugehörigkeit weder in Kourouma noch in Cinzana-Gare signifikant mit der Krankenkassenmitgliedschaft korreliert. Weder Fulbe noch Sénoufo-Haushalte sind mit höherer Wahrscheinlichkeit versichert als Bambara-Haushalte (p-Werte zwischen 0.128 und

²⁰⁹ In Cinzana-Gare kamen der Präsident sowie der stellvertretende Schatzmeister der Versicherung aus dem Dorf Kondogola, der Vize-Präsident aus Fambougou, der Schatzmeister aus Cinzana-Gare (31%), der Organisationssekretär aus Douna (20%), der Konfliktkommissar aus dem Fulbe-Dorf Walambougou-Wèrè (24%) und der Präsident der Kontrollkommission aus Niatia.

0.773). Dieser Befund bestätigt sich, wenn man exemplarisch die Versichertenraten aus drei exklusiven Fulbe-Dörfern in Cinzana-Gare vergleicht: Während in Walambougou-Wéré und Wassadiala über 20% der Dorfbevölkerung versichert waren, lag die Rate in Siribougou-Wéré bei lediglich 1%. Insofern weichen diese Ergebnisse von den Befunden anderer Studien zum Senegal, zu Burkina Faso und zum malischen Distrikt Bla ab, die einen Zusammenhang zwischen ethnischer Zugehörigkeit und Krankenkassenmitgliedschaft aufzeigen (de Allegri 2006: 856; Jütting 2005: 108; Miller Franco et al 2008: 833).

Sowohl Bamana als auch Fulbe sind traditionell ähnlich hierarchisch organisiert – d. h. von oberster bis zur Dorfebene in verschiedenen Untergruppen. Dies begünstigt a priori den Zusammenschluss in einer Vereinigung wie der Krankenkasse. Auch eine Mitgliedschaft in einer Organisation, die bezüglich der ethnischen Zugehörigkeit durchmischt ist, liegt der Bevölkerung in Cinzana-Gare nicht fern. So leben in vielen Dörfern Bamana und Fulbe zusammen. Zudem gibt es die so genannten *bamana-fula*, die in einigen Dörfern Cinzana-Gares leben und kein Fulfulde, sondern Bamana sprechen.

Der Umstand, dass Dörfer mit Krankenkassenverantwortlichen in beiden Lokalisationen höhere Versicherungsraten haben, unterstreicht zweierlei: Zum einen die Bedeutung von Vertrauen, die Schneider für Rwanda herausgearbeitet hat (Schneider 2005: 1434). Dorfbewohner gehen davon aus, ihr Vertreter vertrete auch ihre Interessen innerhalb der Krankenkassenführung und stelle sicher, dass ihre Beiträge verantwortungsvoll verwendet werden. Er ist ihr Kontrollorgan, und gleichzeitig können sie ihn auch selbst ein Stück weit überwachen. Zum anderen zeigt sich, dass das Vertrauen in Sicherungsformen wie die gemeindebasierten Krankenkassen, die durch generalisierte bzw. anonymisierte Reziprozität gesteuert werden, noch nicht institutionalisiert ist. Durch die Streuung der Krankenkassenverantwortlichen wird bisher ein Stück personalisierte Reziprozität erhalten, was allerdings das Wachstum solcher Kassen einschränkt.

Die qualitativen Befragungen legen überdies offen, dass die Tatsache, einen Krankenkassenverantwortlichen im Dorf zu haben, Haushalte noch nicht alleine zum Krankenkassenbeitritt bewegt. Die verantwortliche Person muss auch ein gewisses Maß an Engagement sowie sozialer bzw. technischer Kompetenz aufweisen um zu überzeugen. Die Aussage eines Kassenverantwortlichen, dessen Dorf mit 20% eine überdurchschnittliche hohe Versichertenrate hatte, unterstreicht die Bedeutung von engagierter und kompetenter Überzeugungsarbeit. Auf den zunächst folgenden Einwand eines älteren Herrn gegen den Krankenkassenbeitritt erwiderte der Verantwortliche:

„Wenn man lebt, kann man sicher sein, krank zu werden. Aber es gibt Dinge, die man lieber nicht herbeiruft. Z. B. durch die [finanzielle] Vorbeugung von Krankheit, auf die Gefahr hin, dass man so Krankheit, Tod und Teufel anzieht. Ich werde nie im Voraus zahlen, denn ich würde nie vergessen können, dass

ich dies für eine mögliche nächste Krankheit gemacht habe, wenn sie plötzlich schnell da ist.“

„Es stimmt, dass eine Person, die lebt erwarten muss, eine Tages krank zu werden und auch zu sterben. Aber der Koran besagt, dass jedes Individuum nach seiner Pubertät über ein weisses Tuch verfügen muss, welches vor der Beerdigung zum Einwickeln seiner Leiche verwendet wird, um Ausgaben für die Familie zu vermeiden und sich gleichzeitig immer daran zu erinnern, dass jeder eines Tages sterben muss. Aber sorgt dieser Umstand dafür, dass der Tod deshalb schnell kommt? Es ist eine Überzeugungsfrage: wenn Ihr mit dieser Interpretation einverstanden seid, dann müsst Ihr auch einverstanden sein, überraschenden Ausgaben im Krankheitsfall vorzubeugen, indem Ihr der Kasse beitrete.“

Eine weitere Aussage desselben Krankenkassenverantwortlichen verweist auf einen weiteren Einflussfaktor, der dem soziopolitischen Kontext zugeordnet werden kann: Die Einstellung von lokalen Meinungsführern gegenüber der Krankenkasse bzw. anderen Produkten der Moderne, die als neue (soziale) Technologien eingeführt werden. Meinungsbildung wird z. B. von Dorfcheads und –Räten, Imamen, Marabouts oder Migranten geprägt:

„In meinem Dorf (...) habe ich damit begonnen, zunächst einen der Dorfräte zu überzeugen, wohl wissend, dass er eine sehr einflussreiche Person ist. Das war nicht einfach, aber schließlich hat er den Beitritt akzeptiert. Da hat mir bei der Sensibilisierung enorm geholfen, denn jedes Mal zog ich sein Beispiel heran, er als Vorstand einer sehr großen Familie, um die Leute zu überzeugen.“

Der erste Organisationssekretär der Krankenkasse Kourouma begründet die niedrigen Versichertenraten mit der Opposition des Präsidenten der Trägerorganisation (ASACO) des örtlichen Gesundheitszentrums:

„Das große Problem ist, dass der Präsident der ASACO selbst kein Krankenkassenmitglied ist. Das belegt, dass es keine Frage des Verständnisses ist. Es ist vor allem Ablehnung. Das bewirkt, dass viele Leute nicht beitreten, denn der Präsident hat einen sehr großen Einfluss auf die Leute.“

Weitere Befunde aus der quantitativen Analyse zeigen, dass versicherte Haushaltsvorstände proportional häufiger lokale Funktionsträger als meist geschätzte Person in ihrer Umgebung angeben als dies Unversicherte tun (21% gegenüber 16% der Unversicherten). In Cinzana-Gare ist der Unterschied noch ein wenig größer (24% gegenüber 17%). Solche Meinungsführer bewerten - genauso

wenig wie manche potenzielle Versicherungsmitglieder – nicht nur die Kasse, ihre Funktionsweise und ihren möglichen Nutzen. Entscheidend ist hierbei auch, wer die Krankenkassen führt und welches (persönliche) Verhältnis die Meinungsführer zu diesen Personen haben. Derselbe Krankenkassenverantwortliche bemerkt zum Einfluss von Meinungsführern:

„Ganz allgemein gesprochen sind es die ehemaligen Migranten und Imame. Wenn ein Migrant sagt: „Ich habe diese oder jene Sache in der Stadt gesehen und das ist nicht gut“, dann lehnen alle sie ab. Ebenso ist es, wenn die Imame sagen, dass diese oder jene Sache gemäß Religion nicht erlaubt ist, dann ziehen sich die Leute zurück.“

Gewinnen die Krankenkassenverantwortlichen einflussreiche Personen und in der Folge Mitglieder, so können sie soziales Ansehen und Prestige akkumulieren, welche z. B. in politische Macht umwandelbar sind. Die Krankenversicherung wie auch andere Produkte der Moderne wird dann zu einer Ressource, die für andere Zwecke eingesetzt werden kann. Die Kassenverantwortlichen können dann als „lokale Entwicklungsmakler“ bezeichnet werden. Allerdings greifen nicht selten Lokalpolitiker bzw. –Führer auf Ressourcen wie die Krankenkasse zu, um ihren Einflussbereich zu sichern bzw. zu erweitern. So war der 2006 noch amtierende Schatzmeister der Kasse von Cinzana-Gare gleichzeitig 1. stellvertretender Bürgermeister der Gemeinde Cinzana. Der 2. stellvertretende Bürgermeister wiederum war zugleich Präsident der Kontrollkommission. Da beide unterschiedlichen politischen Parteien angehören und zudem der Kontrollkommissar per Funktion den Schatzmeister überprüfen muss, kam es immer wieder zu Spannungen innerhalb des Krankenkassenvereins. Immerhin gab es Übereinstimmung in der Krankenkassenführung, keine Mitgliederwerbung vor bzw. während Wahlperioden zu betreiben. Schließlich sei ergänzt, dass solche Doppelmandate nicht nur individuelles Kalkül lokaler Entwicklungsmakler, sondern nicht selten unintendierte Folgen der Entwicklungszusammenarbeit sind. Durch den im ländlichen Raum Afrikas häufig gegebenen Mangel an Personen, die ausreichend ausgebildet sind und beispielsweise zumindest einen Primarschulabschluss haben, werden im Rahmen von Entwicklungsbemühungen vielfach dieselben Personen mit verschiedenen Funktionen betraut.

Obschon dörfliche Herkunft und Vertrauen in die Krankenkassenführung wesentliche Voraussetzungen für einen Krankenkassenbeitritt sind, lässt sich die Bereitschaft zur Mitgliedschaft nicht alleine durch diesen Faktor erklären. Die Bedeutung von Familienstrukturen und Einstellungen haben in dieser Hinsicht hohe Relevanz, wie die folgenden Ausführungen zeigen.

9.4. Größere Entscheidungsfreiheit von Haushalten aus kleineren Familien

Wie die Analyse von intrafamiliären Strukturen und Mustern der Entscheidungsfindung offenlegt, haben Haushalte, die alleine bzw. in einer kleineren Familie leben, größere Entscheidungsfreiheit, was wiederum die Krankenkassenmitgliedschaft begünstigt. Einzelhaushalte und solche aus kleineren Familien sind deutlich mehr in einer der beiden Lokalitäten, Cinzana-Gare, verbreitet. Während in Kourouma der Großfamilienvorstand weiterhin *die* Entscheidungsinstanz für unterschiedliche Lebensbereiche seiner Haushalte ist, genießen viele Haushalte in Cinzana-Gare vor allem deshalb mehr Entscheidungsfreiheit, weil viele gar nicht mehr in eine wirkliche Großfamilie eingebunden sind. Sie müssen wenige oder eben gar keine Rücksicht auf den Großfamilienvorstand nehmen.

9.4.1. Familienstrukturen

In Cinzana-Gare gibt es sowohl unter den befragten versicherten als auch unversicherten Haushalten einen deutlich größeren Anteil an Einzelhaushalten, die keiner Großfamilie angehören (28 bzw. 29%). In Kourouma umfasst diese Gruppe lediglich 9% (versicherte Haushalte) bzw. 7% (unversicherte Haushalte). Dort sind Familien mit mehr als vier Haushalten sowohl unter Versicherten als auch Unversicherten proportional häufiger zu finden (71% bzw. 46%)²¹⁰. Diese Zahlen spiegeln nicht nur wider, dass in Cinzana-Gare Einzelhaushalte und „kleine“ Familien mit drei Haushalten zahlenmäßig weit verbreitet, sondern dass sie proportional auch häufiger Mitglied sind²¹¹. Dies wird vor allem im Fall des Hauptortes Cinzana-Gare deutlich: Einerseits hatte dieser Ort 2006 mit 31,5% die höchste Versichertenrate in der ganzen Gesundheitszone. Andererseits bestanden im Dorf Cinzana-Gare Familien, denen ein befragter Haushalt angehörte, aus durchschnittlich zwei Haushalten. Im Rest der Gesundheitszone bestanden Familien im Durchschnitt aus vier Haushalten. 58% aller befragten 43 Haushalte im Hauptort Cinzana-Gare lebten alleine und nicht im Verbund einer Großfamilie, bei den versicherten Haushalte lag der Anteil sogar bei 75%²¹².

²¹⁰ In der Gesundheitszone Cinzana-Gare lebten nur rund 27% der befragten versicherten Haushalte und 20% der unversicherten Haushalte in einer Familie mit fünf oder mehr Haushalten.

²¹¹ Während in Cinzana-Gare sowohl versicherte als auch unversicherte Haushalte Familien angehörten, die im Durchschnitt aus drei Haushalten bestanden, stammten in Kourouma die Mitgliedshaushalte aus deutlich größeren Familien. Sie bestanden im Durchschnitt aus acht Haushalten, unversicherte Haushalte hingegen gehörten Familien mit fünf Haushalten an.

²¹² Interessant ist außerdem, dass die Vorstände versicherter Haushalte im Dorf Cinzana-Gare tendenziell etwas jünger und weniger häufig polygam sind (im Durchschnitt knapp 46 Jahre; 25% polygam) als die unversicherten Vorstände bzw. als alle anderen befragten Haushaltsvorstände in den restlichen Dörfern (über 50 Jahre; zwischen 27-43% polygam).

Foto 4: Einzelhaushalt



Foto 5: Teil einer Großfamilie



Im Gegensatz zur Familiengröße zeigen sich in Bezug auf die Haushaltsgröße und das Alter des Haushaltsvorstandes keine Unterschiede zwischen Versicherten und Unversicherten. In beiden Lokalisationen umfassen versicherte und unversicherte Haushalte durchschnittlich sieben bis acht Personen. Der Umstand, dass versicherte und unversicherte Haushalte im Durchschnitt gleich groß sind, entkräftet das gängige Argument, wonach größere Haushalte nicht beitreten, weil sie sich die Beitragszahlungen für alle Haushaltsmitglieder nicht leisten können. Während in Cinzana-Gare versicherte Vorstände im Durchschnitt 53 Jahre und Unversicherte 51 Jahre alt waren, sind Haushaltsvorstände in Kourouma durchschnittlich deutlich jünger (44 Jahre)²¹³.

²¹³ Diese Ergebnisse decken sich nicht vollständig mit Resultaten aus der Studie von Miller Franco et al., die für die jeweils benachbarten Lokalisationen Bla und Sikasso zeigen, dass der Krankenkassenbeitritt positiv mit einer wachsenden Anzahl an Personen im Haushalt korreliert, und zwar unabhängig vom sozioökonomischen Status des Haushalts. Das Alter des Haushaltsvorstands hat in Bla und Sikasso hingegen ebenso wenig Einfluss auf das Beitrittsverhalten (Miller Franco et al. 2008: 834).

In Cinzana-Gare sind Haushaltsvorstände, die monogam sind, mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als polygame Haushaltsvorstände (p-Wert: 0.051; QV: .53; KI: .29-1.00). Für Kourouma bzw. beide Lokalitäten zusammengenommen zeigt sich aber kein signifikanter Zusammenhang. In Cinzana-Gare geben 40% der versicherten und 28% der unversicherten Vorstände an, polygam zu sein. In Kourouma liegen diese Anteile bei 52% bzw. 42%²¹⁴. Zwar schlägt sich Polygamie augenscheinig nicht in einer höheren Anzahl von Personen nieder, die im jeweiligen Haushalt leben. Dennoch deutet der Umstand, dass ein Haushaltsvorstand zwei oder mehr Ehefrauen hat, möglicherweise darauf hin, dass er sozioökonomisch besser gestellt ist, da die Heirat auch im ländlichen Mali eine kostspielige Sache geworden ist (vgl. Tabelle 13 im Anhang 1, S. 249)²¹⁵.

9.4.2. Muster der Entscheidungsfindung und Krankenkassenbeitritt

Bereits die Routinedaten der Krankenkasse Kourouma spiegeln die Entscheidungsmacht des Großfamilienvorstands wider: 71% der 126 Mitgliedshaushalte sind im Verbund aller Haushalte (*gwa*) ihrer jeweiligen Großfamilie (*du*) beigetreten. Diese machen allerdings nur 6% aller Großfamilien in der Gesundheitszone aus. Diese wenigen Familien sind aber allesamt sehr groß²¹⁶. Daher erweist sich in Regressionsanalysen die Familiengröße in Kourouma als hoch signifikanter Einflussfaktor des Krankenkassenbeitritts (p-Wert: 0.000; QV: 1.17; KI: 1.09-1.26). Da es sich hierbei jedoch nur um wenige „Mitgliedsfamilien“ handelt, darf daraus nicht geschlossen werden, in Kourouma würden generell große Familien eher beitreten als kleinere. Die starke Stellung des Familienvorstandes kann durch zwei Umstände erklärt werden: Zum einen haben Familienverbände und die Dorfgemeinschaft in der segmentär organisierten Gesellschaft wie die der Sénoufo seit je her eine starke Stellung. Da diese keine Zentralmacht kannte, wurden die meisten Angelegenheiten auf Dorf- und vor allem Familienebene entschieden. Zum anderen hat der arbeitsintensive Baumwollanbau die Institution der Großfamilie gestärkt. Er verlangt viele Arbeitskräfte und Zusammenhalt. Ob der Familiengröße - 71% der befragten versicherten und 46% der unversicherten Haushalte kommen aus Familien mit 5 oder mehr Haushalten - und dem dadurch gegebenen Abstimmungsbedarf werden einmal mehr viele Entscheidungen durch den

²¹⁴ Dementsprechend geben in Cinzana-Gare 56% der versicherten Haushaltsvorstände an, eine Ehefrau zu haben, 34% haben zwei Ehefrauen. Bei den unversicherten Vorständen in Cinzana-Gare sind 70% mit einer und 27% mit zwei Frauen verheiratet. In Kourouma sind die Verhältnisse ausgeglichener: jeweils 47% der versicherten Haushaltsvorstände haben eine bzw. zwei Ehefrauen. Bei den unversicherten Vorständen ist der Anteil mit einer Ehefrau höher (55% monogam und 38% polygam). Für weitere Daten zur internen Haushaltsstruktur siehe Tabelle 13 im Anhang 1, S. 249.

²¹⁵ Dieser beträgt in Cinzana-Gare zwischen 400'000-500'000 FCFA (610-760 EUR). Jedoch müssen nicht nur zum Zeitpunkt der Zweitheirat Ressourcen aufgebracht werden. Auch in der Folge fallen zusätzliche Kosten wie Schulbildung etc. an. Jedoch tragen die einzelnen Ehefrauen wesentlich zum Unterhalt des Haushalts bei und decken die Kosten ihrer Kinder nicht selten zum großen Teil selbst ab.

²¹⁶ Die Familiengröße in Kourouma und Kougouala sind im Durchschnitt sowohl unter Versicherten als auch Unversicherten deutlich größer (acht bzw. sechs Haushalte) als für den Rest der Gesundheitszone (fünf Haushalte).

Großfamilienvorstand gefällt. Dieser umfasst in aller Regel den Familienchef (Sénoufo: *dalifòlò*) sowie seine Brüder und seine verheirateten Söhne. In sieben Gruppendiskussionen und zwölf Einzelinterviews in Kourouma nannten 14 Personen dieses Muster der Entscheidungsfindung, fünf sagten gar, dass der Familienchef ganz alleine entscheide. Diese Fälle bezogen sich aber vor allem auf den Bereich der Heirat und Beschneidungszeremonien. In Bezug auf die Krankenkasse erläuterten vier Personen, dass die Entscheidung zum Beitritt ebenfalls im Rahmen einer Familienvorstandssitzung gefällt wurde. Dadurch dass viele Entscheidungen nicht auf Ebene der Haushalte getroffen werden, sind folglich Ehefrauen selten in die Entscheidungsfindung eingebunden. Zwei Teilnehmende aus zwei verschiedenen Gruppendiskussionen sagten explizit, dass die Frauen lediglich von den Entscheidungen des Großfamilienvorstands informiert werden. Dennoch haben Frauen auch Entscheidungsmacht: Abgesehen von ihren landwirtschaftlichen und einkommensschaffenden Tätigkeiten äußerten 14 Frauen in neun Gesprächsrunden bzw. Einzelinterviews, dass sie über Küche, Hygiene, aber auch über Kleidung der Kinder und die Anschaffung bestimmter Güter entschieden.

Im Gegensatz dazu ist in Cinzana-Gare die Familiengröße kein statistisch signifikanter Einflussfaktor (p-Wert: 0.984; QV: 1.00; KI: .90-1.11), da hier die Familien im Durchschnitt deutlich kleiner sind. Haushaltsvorstände und auch ihre Ehefrauen haben aufgrund der Tatsache, dass sie aus kleineren Familien kommen bzw. Einzelhaushalte sind, größere Entscheidungsmacht: Im Durchschnitt umfassen Familien in Cinzana-Gare nur drei Haushalte, der Anteil an Einzelhaushalten liegt unter den befragten Haushaltsvorständen bei 28%. Solche intrafamiliären Strukturen bewirken, dass nicht nur die jüngeren Brüder (*dwaninw*) des Familienvorstandes und ihre verheirateten Söhne (*denw*) ein größeres Mitspracherecht haben. Im Gegensatz zu Kourouma äußerten 15 Personen in 19 verschiedenen Gruppendiskussionen bzw. Einzelinterviews, dass alle Haushaltsvorstände der Familie an der Entscheidungsfindung beteiligt sind, sieben andere nannten nur den Familienchef und seine Brüder. Während aus der Gruppendiskussionen hervorgeht, dass Landwirtschaft und Hausbau im Familienhof auf der Familienebene entschieden werden, ist dies in Fragen der Heirat und Einschulung gar nicht mehr eindeutig. Einige Teilnehmende verweisen darauf, dass die Heiratswilligen bzw. jungen Haushaltsvorstände den Familienchef zwar formal um Zustimmung bitten, aber oftmals bereits Vorbereitungen getroffen haben. Hertrich hat das Phänomen der Individualisierung des Heiratsverhaltens im Zuge von Migration bereits in früheren Untersuchungen zu den Bwa erwähnt (Hertrich 1999: 145ff.). Die Gruppendiskussionen legen auch nahe, dass die Frauen in Cinzana-Gare mehr Einfluss haben, da sie häufiger angeben, auch in Gesundheits-, Heirats- und Migrationsfragen konsultiert zu werden. Der damalige Präsident der Krankenversicherung Cinzana-Gare beschrieb in einer Gruppendiskussion mit den Krankenkassenverantwortlichen exemplarisch den Einfluss der Frauen in kleineren Familien:

„Die Motivation der Frauen ist auch sehr wichtig, denn in Kondogola hatte ein Haushaltsvorstand den Krankenkassenbeitritt kategorisch unter dem Vorwand abgelehnt, dass er selbst nicht ein einziges Mal während des Jahres krank würde. Aber stellen Sie sich vor, letztlich hat seine Frau ihn überzeugen können.“

In einem Einzelinterview äußerte eine Frau aus einem versicherten, zugezogenen Einzelhaushalt im Hauptort Cinzana-Gare, dass sie und ihr Ehemann sämtliche, den Haushalt betreffenden Entscheidungen gemeinsam besprechen bzw. fällen, wobei sie im Besonderen für die Küche, Haushaltshygiene und Kleidung der Kinder zuständig sei. Dennoch entscheide sie mit dem Ehemann in Bezug auf den Kauf von Haushaltsgütern, die Bildung der Kinder, Hausbau und Gesundheit. Jedoch erwähnt sie ebenso:

„Es ist mein Ehemann, der während einer Sitzung der Krankenkasse entschied beizutreten. Dennoch fragte er nach meinem Einverständnis. (...) Mein Ehemann behält sich gewisse Entscheidungen vor, denn es ist ein Brauch in ihren Dörfern, dass die Frau nicht in alle Entscheidungen eingebunden wird.“

Dass in Cinzana-Gare auch Haushalte aus Großfamilien mehr Entscheidungsautonomie haben als in Kourouma, zeigt sich an der relativ hohen Anzahl Mitgliedshaushalte, die nicht im Verbund der gesamten Großfamilie beigetreten sind. Auch wenn laut eines dort ansässigen versicherten Haushaltsvorstandes „die sozialen Zwänge auf Ebene der Familie“ einen alleinigen Beitritt nicht leicht machen, so ist es doch möglich. Auch deshalb gibt es im Vergleich zu Kourouma insgesamt mehr und in allen Dörfern der Gesundheitszone Mitgliedshaushalte. In Kourouma ist der Handlungsspielraum für Haushaltsvorstände nach wie vor kleiner. Ein versicherter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Kourouma verweist auf die Schwierigkeit, als einzelner Haushalt ohne den Rest der Großfamilie beizutreten:

„Ich kann die Mittel für den Beitritt haben, aber nicht die Mittel, um auch meine Brüder und andere (Familien-)Mitglieder einzuschreiben. Folglich bin ich sozial verpflichtet nicht beizutreten.“

Dass der Krankenkassenbeitritt auf Großfamilienebene entschieden bzw. zumindest abgesprochen wird und keine Haushaltsangelegenheit darstellt, mag letztlich auch dadurch gefördert werden, dass die Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen der Krankenversicherung sich an der Dorf- und Familienebene orientieren. Die Dorfcheads und -Räte bitten alle Großfamilienvorstände, ein Familienmitglied zur Versammlung zu entsenden, das

die Familie dort vertritt und dieser anschließend Rapport erstattet. In diesem Zusammenhang erläuterten ältere Frauen zwischen 46 und 60 Jahren in einer Gruppendiskussion in Cinzana-Gare, dass Haushaltsvorstände und ihre Ehefrauen dann eigenständig entschieden, wenn der Großfamilienchef die Krankenkassenbeiträge für alle Familienangehörigen alleine nicht aufbringen könne. In einem solchen Fall könne er zwar die Haushaltsvorstände bitten beizutreten, sie aber nicht dazu verpflichten. Wie wichtig in Cinzana-Gare die Konsultierung innerhalb der Großfamilie ist, zeigt folgendes Zitat:

„Ein anderes Problem ist die Tatsache, dass am Anfang gewisse Großfamilienchefs direkt beigetreten sind, ohne die anderen Haushaltsvorstände der Familie zu konsultieren; nachher haben sie dann gesehen, dass die Kosten für sie zu hoch sind.“²¹⁷

Im Rahmen einer Gruppendiskussion mit ehemaligen, männlichen Migranten in einem Dorf der Gesundheitszone Cinzana-Gare wurde zudem deutlich, dass das Problem der mangelnden Konsultierung vor allem dann Konflikte hervorruft, wenn der Großfamilienchef nicht mehr der Vater, sondern sein ältester Sohn ist. Dies gilt umso mehr, wenn dessen jüngere Brüder als ehemalige oder immer noch temporär migrierende Wanderarbeiter Erfahrungen gesammelt haben und Ressourcen für den Unterhalt der Familie beisteuern.

In der Terminologie des vorgestellten analytischen Bezugsrahmens lässt sich festhalten, dass unterschiedliche intrafamiliäre und Produktionsstrukturen verschiedene Muster der Lebensführung und letztlich Entscheidungsfindung hervorbringen, die den Krankenkassenbeitritt begünstigen bzw. behindern. In Kourouma verlangt der bis anhin ökonomisch wichtige Baumwollanbau die Zusammenarbeit und Koordination innerhalb der Großfamilie. Da er arbeitsintensiv ist, fördert er gewissermaßen große Familienverbände, was die Anzahl Personen und Haushalte angeht. Die Größe der Familien und die starke wechselseitige, intrafamiliäre Abhängigkeit führen zu zentralen Entscheidungsstrukturen, die wiederum wenig Entscheidungsfreiheit für Haushaltsvorstände und ihre Ehefrauen lassen. In Cinzana-Gare wirtschaften die Haushalte einer Großfamilie zwar auch nach wie vor zusammen, indem sie landwirtschaftliche Geräte gemeinsam besitzen und sich auf den Felder helfen. Und doch haben Haushalte nicht nur beim landwirtschaftlichen Anbau mehr Autonomie. Die lange Trockenzeit zwingt die jüngere Generation, zumindest temporär auf Wanderarbeit zu gehen. Migration bringt trotz des Drucks, einen Teil der verdienten Ressourcen an die Familie abzugeben, mehr ökonomische Unabhängigkeit und auch einen Erfahrungs- und Kenntnisvorsprung gegenüber dem Familienvorstand mit sich. Dies gepaart mit kleineren Familieneinheiten führt in Cinzana-Gare vermehrt zu mehr

²¹⁷ Dieses Phänomen führte im Übrigen in Cinzana-Gare dazu, dass 2006 eine ganze Reihe von Großfamilienchefs zwar die Mitgliedskarte erstand, aber nicht die Jahresbeiträge für die Familienangehörigen leisten konnten.

Entscheidungsfreiheit für Haushaltsvorstände, die auch die Krankenkassenmitgliedschaft begünstigt. Noch größere Entscheidungsfreiheit haben freilich die Einzelhaushalte, die in keine Großfamilie eingebunden und in Cinzana-Gare (vor allem im Hauptort) schon weit verbreitet sind. Diese sind u. a. deshalb überproportional häufig versichert, genauso wie überhaupt mehr Haushalte in Cinzana-Gare als in Kourouma Mitglied sind.

9.4.3. Entscheidungsbeteiligung und Gesundheitssicherung im Krankheitsfall

Wie die folgenden Befunde, die auf der Auswertung von Daten aus der zweiten Befragungsrunde basieren zeigen, entscheiden Haushalte im Gegensatz zur Frage des Krankenkassenbeitritts in anderen Fragen der Gesundheitssicherung autonomer. An dieser Befragungsrunde nahmen nochmals die Hälfte der 600 Haushaltsvorstände teil, die bereits in einer ersten Runde interviewt wurden²¹⁸. Zwar antworteten deutlich mehr Haushaltsvorstände in Cinzana-Gare auf die offene Frage, wer normalerweise im Krankheitsfall eines Haushaltsmitgliedes in die Entscheidungen bezüglich der Gesundheitssicherung eingebunden wird, dass sich dies auf den Ehemann, die Ehefrau(en) und/oder die erkrankte Person selbst beschränke (Versicherte: 28%; Unversicherte: 25%). In Kourouma gaben das nur jeweils 12% der versicherten bzw. unversicherten Haushaltsvorstände an. Dieser Umstand bestätigt zunächst, dass Entscheidungen in Kourouma deutlich häufiger vom Familienvorstand gefällt werden. Gleichzeitig aber sind Haushalte, die angeben, gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Haushaltsebene zu treffen, nicht mit höherer Wahrscheinlichkeit versichert (p-Wert: 0.909; QV: .96; KI: .48-1,91). Die Antworten auf die Frage, wer im konkreten, letzten milden bzw. schweren Krankheitsfall tatsächlich in die Entscheidungen eingebunden war, spiegelt eine autonomere Entscheidungsfindung wider. Dabei sind Haushalte, die für die letzten Krankheitsfälle angeben, innerhalb des Haushalts entschieden zu haben, nicht mit höherer Wahrscheinlichkeit versichert als solche, wo die Entscheidung unter Einbezug des Großfamilienvorstands getroffen wurde (p-Wert für milden Krankheitsfall: 0.593; QV: .77; KI: .40-2.60; p-Wert für schwerwiegenden Fall: 0.560; QV: 1.32; KI: .51-3.40). Befragt nach dem letzten konkreten, milden Krankheitsfall im Haushalt gaben 39% der versicherten und gar 45% der unversicherten Vorstände in Cinzana-Gare an, alleine innerhalb des Haushalts entschieden zu haben, wo und wie die kranke Person zu behandeln sei. In Kourouma waren es sogar 59% (der versicherten Haushalte) und 55% (der unversicherten Haushalte).

²¹⁸ Von den 300 Befragungen flossen letztlich 290 in die Analyse ein. Während in Cinzana-Gare 51 versicherte Haushalte in die Analyse eingeschlossen wurden, fielen bei den unversicherten Haushalten 3 Fälle heraus, so dass nur 97 unversicherte Haushalte für die Analyse berücksichtigt wurden. In Kourouma hingegen mussten 1 versicherter Haushalt und 7 unversicherte Haushalte aus der Analyse ausgeschlossen werden. Der Ausschluss erfolgte, weil die erhobenen Daten insgesamt entweder zu unvollständig waren bzw. nicht verlässlich genug erschienen. Neben den Daten aus der 2. Haushaltsbefragung wurden insbesondere für die Frage der Entscheidungsstrukturen Daten aus den Gruppendiskussionen sowie Einzelinterviews in ausgewählten Haushalten analysiert.

Hingegen wurde im Falle des letzten schwerwiegenden Gesundheitsproblems eines Haushaltsmitglieds in beiden Lokalisationen sowohl bei versicherten als auch unversicherten Haushalten stärker die Großfamilie in die Entscheidungen eingebunden. Denn in Cinzana-Gare gaben nur 33% der versicherten Haushalte und 38% der Unversicherten an, die Entscheidungen innerhalb des Haushalts getroffen zu haben (Kourouma: 48% bzw. 44%). Dies lässt darauf zum einen darauf schließen, dass vor allem in Kourouma aus Respekt vor den Familienvorständen diese als Entscheidungsträger auf die Frage genannt werden, wer in aller Regel in die Entscheidungen im Krankheitsfall eingebunden ist. Zum anderen scheint bei einem schwerwiegenden Krankheitsfall die Konsultation über den Haushalt hinauszugehen, da hierzu die Erfahrungen anderer Familienmitglieder gebraucht werden könnten. Letztlich unterscheiden sich in dieser Frage die Entscheidungsfindungsmuster in versicherten und unversicherten Haushalten nicht (vgl. Tabelle 14 im Anhang 1, S. 250).

Allerdings gibt es scheinbar Unterschiede zwischen Versicherten und Unversicherten, was die im Krankheitsfall aufgesuchten Gesundheitsdienstleister angeht: 28% (Cinzana-Gare) bzw. gar 41% (Kourouma) der versicherten Haushalte konsultierten während des letzten milden Krankheitsfalls ausschließlich moderne, formelle Gesundheitsanbieter, während es bei der Unversicherten lediglich 16% (Cinzana-Gare) bzw. 24% (Kourouma) waren. Bivariate Analysen bestätigen, dass Haushalte, die während des letzten milden als auch des letzten schwerwiegenden Krankheitsfalls ausschließlich moderne, formelle Gesundheitsdienste aufsuchten, mit doppelt so hoher Chance versichert sind (p-Wert: 0.008 für letzten milden Krankheitsfall bzw. 0.056 für letzten schwerwiegenden Krankheitsfall; QV: 2.11 bzw. 1.63; KI: 1.22-3.64 bzw. .99-2.67). Allerdings bestätigt sich dieser Trend nicht in Regressionsanalysen (p-Werte: 0.934 bzw. 0.601; QV: 1.03 bzw. 1.18; KI: .47-2.28 bzw. .64-2.18). Unter moderne formelle Gesundheitsanbieter fallen in dieser Studie lokale Gesundheitszentren, Krankenhäuser und Apotheken. Informelle moderne Gesundheitsdienstleister sind frei praktizierende Krankenpfleger ohne Lizenz und Medikamentenverkäufer, während unter traditionellen Gesundheitsdiensten die Selbstbehandlung mit Heilpflanzen, der traditionelle Heilpraktiker sowie der Marabouts verstanden werden. Weitere Befunde zeigen, dass versicherte Haushalte moderne, formelle Gesundheitsdienste nicht deshalb aufsuchen, weil deren Leistungen von der Krankenkasse zum Teil abgedeckt werden und die Behandlungskosten dadurch geringer sind²¹⁹. Lediglich 18% bzw. 16% der versicherten Haushalte in Kourouma gaben an, im Zuge des letzten milden bzw. schwerwiegenden Krankheitsfalls moderne, formelle Anbieter aufgrund ihrer Krankenkassenmitgliedschaft aufgesucht zu haben. In Cinzana-Gare waren dies gar nur 6% bzw. 2 %. Daher liegt nahe, dass versicherte Haushalte moderne, formelle Gesundheitsanbieter mehr schätzen und sie in der Folge deshalb häufiger

²¹⁹ Die Leistungen von traditionellen Heilern bzw. von gewinnorientierten Krankenpfleger, die ohne Lizenz operieren, sowie die Produkte von Straßenhändlern werden hingegen nicht von der Krankenkasse übernommen.

ausschließlich aufsuchen. Im Falle des letzten schwerwiegenden Krankheitsfalls konsultierten allerdings auch unversicherte Haushalte in beiden Lokalisationen deutlich häufiger ausschließlich formelle, moderne Gesundheitsanbieter (siehe Tabelle 16 im Anhang 1, S. 251). Dieser Befund unterstreicht, dass vor allem unversicherte Haushalte ihre kranken Personen erst dann zu modernen, formellen Gesundheitsdiensten bringen, wenn der Fall schwerwiegend (geworden) ist und die anderen Anbieter nicht mehr helfen können.

Ähnlich deutlich fallen die Unterschiede zwischen versicherten und unversicherten Haushaltsvorständen bezüglich der Frage aus, welchen der im letzten milden Krankheitsfall aufgesuchten Gesundheitsanbieter sie am meisten schätzten. Haushaltsvorstände, die angeben, traditionelle Anbieter am meisten geschätzt zu haben, sind mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als solche, die moderne, formelle Anbieter angaben (p-Wert: 0.008; QV: .35; KI: .16-.76)²²⁰. Während 50% (Cinzana-Gare) bzw. 63% (Kourouma) der Versicherten die Leistungen der von ihnen aufgesuchten modernen, formellen Anbieter am meisten schätzten, waren es unter den unversicherten Haushalten lediglich 36% (Cinzana) bzw. 32% (Kourouma). Hingegen bevorzugten 30% (Cinzana-Gare) bzw. 45% (Kourouma) der Unversicherten die von ihnen konsultierten traditionellen Dienstleister, was nur auf 22% (Cinzana-Gare) bzw. 18% (Kourouma) der Versicherten zutrifft. Diese Unterschiede zwischen versicherten und unversicherten Haushalten sind in Kourouma deutlich ausgeprägter als in Cinzana-Gare (siehe Tabelle 15 im Anhang 1, S. 250). In Kourouma sind auch Haushaltsvorstände, die angeben, die aufgesuchten informellen (modernen) Gesundheitsanbieter am meisten zu schätzen, mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als solche, die formelle, moderne Dienstleister angeben (p-Wert: 0.041, QV: .24; KI: .63-.94). Bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen schätzen auch unversicherte Haushaltsvorstände sehr viel häufiger moderne, formelle Anbieter, weshalb sich die Unterschiede nivellieren und sich daher nicht als signifikant erweisen (p-Wert: 0.418; QV: .72; KI: .33-1.59).

In Bezug auf die Sicherungsformen, die die Haushalte zur Finanzierung von Gesundheitskosten mobilisieren, offenbaren sich ebenso Unterschiede zwischen den beiden Lokalisationen. Der Vergleich der Versichertenraten zeigt, dass im Kontrast zu Kourouma etwa doppelt so viele Haushaltsführer in Cinzana-Gare angeben, die Krankenkasse zu nutzen, um sich im Krankheitsfall vor zu hohen Kosten zu schützen. In Kourouma hingegen verwenden dementsprechend sowohl Versicherte als auch Unversicherte deutlich häufiger ihre Ersparnisse für Gesundheit als in Cinzana-Gare (78% der Haushalte in Kourouma). In der Regel werden diese Ersparnisse nicht auf Haushalts-, sondern auf Familienebene in einer Gemeinschaftskasse gebündelt. Der Umstand, dass diese Familien aus bis zu 20 Haushalten bestehen, ermöglicht die Deckung relativ hoher Kosten, zumal ein hoher

²²⁰ Diese Befunde decken sich mit Ergebnissen von Miller Franco et al., die für Bla und Sikasso ausweisen, dass versicherte Personen und solche von wohlhabenderen Haushalten häufiger moderne, formelle Gesundheitsdienste aufsuchen (Miller Franco et al. 2008: 833).

Anteil der Haushalte Geld spart, sodass die Krankenkasse für sie womöglich keine attraktive Sicherungsoption ist. Auf die Frage, wen er im Bedarfsfall um Hilfe bittet, sagt ein Haushaltsvorstand aus einer Großfamilie mit 20 Haushalten (Kourouma):

„Man fragt nicht spezifisch einen anderen Haushaltsvorstand in der Familie, denn es gibt immer Geld bzw. Ersparnisse auf Ebene der Familie. Falls es tatsächlich keine Ersparnisse mehr gibt, dann kann man einen Haushaltschef fragen, bevor man außerhalb der Familie fragt.“

Diese Schlussfolgerung wird dadurch bekräftigt, dass es in Kourouma vor allem die unversicherten Haushalte (24%) sind, die Ressourcen zur Seite legen, um im Notfall Familie und ihr weiteres, soziales Netzwerk unterstützen zu können (Versicherte: 12%).

9.4.4. Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen und Krankenkassenmitgliedschaft

Im Rahmen dieser Arbeit wurde auch die Hypothese überprüft, ob Haushaltsvorstände, die gesundheitlichen Problemen ausgesetzt waren bzw. von Katastrophen wie Krankheit, Behinderung oder Tod getroffen worden sind, mit höherer Wahrscheinlichkeit versichert sind²²¹. Multivariate Regressionsanalysen zeigen, dass dies nicht der Fall ist (p-Wert: .0849 für Gesundheitsprobleme bzw. 0.939 für gesundheitsbezogene Katastrophen; QV: .94 bzw. 1.02; KI: .52-1.72 bzw. .57-1.83; siehe auch Tabelle 17 im Anhang 1, S. 251). Es lässt sich folglich nicht argumentieren, dass versicherte Haushaltsvorstände deshalb der Krankenkasse beigetreten sind, weil sie Krankheit, Unfall und Behinderung proportional häufiger als Lebensrisiko wahrnehmen. Genauso wenig lässt sich sagen, dass Versicherte deshalb Mitglied sind, weil sie häufiger von krankheitsbezogenen Problemen oder Katastrophen betroffen waren.

Mit Bezug auf Strategien zur Vermeidung von gesundheitsbezogenen Risiken geben lediglich 40% der befragten, versicherten Vorstände in Cinzana-Gare und 37% in Kourouma die Krankenversicherung an. Gar nur 31% der versicherten Haushaltsvorstände in Kourouma und lediglich 6% in Cinzana-Gare nennen die Krankenkasse als Mittel zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen. Diese Befunde legen dar, dass ein Großteil der versicherten Haushaltsvorstände entweder den Zweck einer Krankenkasse nicht vollständig verstanden hat oder aber aus ganz anderen Gründen beigetreten ist – beispielsweise aus Solidarität mit dem Dorf oder der Familie. Dieser Umstand mag für höhere Mitgliederzahlen hinderlich sein.

²²¹ Als Gesundheitsproblem nennen die befragten Haushaltsvorstände vor allem weniger schwerwiegende Krankheiten (milde Malaria etc.). Gesundheitsbezogene Katastrophen jedoch sind in der Wahrnehmung der Befragten insbesondere Todesfälle infolge von Krankheit und Unfall, schwerwiegende Unfälle oder Krankheiten, die starke Behinderungen nach sich ziehen.

9.5. Größere Wertschätzung sozialer Neuerungen unter Versicherten

Auch wenn Haushalte Vertrauen in die Krankenkassenführung haben und im Rahmen der Familienstruktur eine gewisse Entscheidungsfreiheit genießen, so müssen sie doch auch bestimmte Einstellungen und Werthaltungen vorweisen, die den Krankenkassenbeitritt begünstigen. Wie die empirischen Befunde zeigen, zeichnen sich versicherte Haushaltsvorstände durch eine deutlich größere Wertschätzung bzw. Offenheit gegenüber sozialen Neuerungen bzw. Produkten der Moderne aus, zu denen auch gemeindebasierte Krankenkassen zählen. Überdies haben sie innerhalb von Organisationen signifikant häufiger verantwortliche Rollen inne, was zeigt, dass sie sich für kollektive Anliegen federführend engagieren und diese auch vorantreiben²²².

Haushaltsvorstände, die angaben, in ihrem Dorf oder ihrer Gemeinde keine Rolle zu haben, sind mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert, als jene, die darauf verwiesen, einen verantwortungsvollen Posten z. B. als Präsident oder Schatzmeister einer Vereinigung zu bekleiden. Die engen Konfidenzintervall zeigen, dass die Ergebnisse verlässlich sind (p-Werte: 0.001 (Cinzana) bzw. 0.025 (Kourouma); QV: .14 bzw. .25; KI: .49-.43 bzw. .07-.83)²²³. Auf die offene Frage, welche Rolle sie in ihrem Dorf oder ihrer Gemeinde spielten, antworteten 37% aller versicherten Haushaltsvorstände, aber nur 20% aller Unversicherten, dass sie verantwortungsvolle Posten innehätten²²⁴. Welche Art von Aufgabe damit gemeint ist, veranschaulicht folgende Aussage eines versicherten Haushaltsvorstandes aus Cinzana-Gare:

„Ich bin animateur für Alphabetisierung und Dorfvertreter für Hygiene und Sanitärwesen.“

Hingegen geben nur 10% aller versicherten Haushaltsvorstände, aber 18% aller Unversicherten an, dass sie überhaupt keine Rolle hätten bzw. nur Steuern entrichteten. In der Gesundheitszone Cinzana-Gare fallen die Unterschiede zwischen versicherten und unversicherten Haushaltsvorständen deutlicher aus als in Kourouma (siehe Tabelle 4, S. 199ff.).

Darüber hinaus bewerten versicherte Haushaltsvorstände die Veränderungen in ihren lokalen Lebenswelten positiver als Unversicherte. 68% der befragten Versicherten nennen mindestens eine positive Veränderung, z. B. den Ausbau an Straßen, Gesundheitsdiensten, Brunnen oder Schulen (bzw. sich dadurch die

²²² Damit sei nicht gesagt, dass Verantwortungsträger nicht auch deshalb solche Funktionen bekleiden, um persönlichen Vorteil daraus zu schlagen.

²²³ Als einfache Teilnehmer wurden jene gefasst, die antworteten, dass sie an Aktivitäten des Dorfes oder als Mitglieder von Organisationen teilnehmen bzw. durch ihre berufliche Tätigkeit zur Entwicklung von Dorf und Gemeinde beitragen.

²²⁴ Insgesamt gaben 26% aller befragten Haushalte an, eine wichtige Rolle innezuhaben; 16% äußerten, dass sie gar keine Rolle hätten. 45% sagten, sie seien einfache Teilnehmende bei Kollektivtätigkeiten ihres Dorfes oder ihrer Vereinigung bzw. sie sähen ihre Rolle in ihrer beruflichen Tätigkeit.

Gesundheits- und Bildungssituation verbessert habe), die größere Verbreitung von Transport- und Kommunikationsmitteln Verbreitung, die Verbesserung der Ernährungssituation und Behausungen oder die größere Freiheit der jüngeren Generation bzw. die Ausbildung neuer Solidaritätsformen. Dies trifft jedoch nur auf 45% der unversicherten Haushaltsvorstände zu. Ein versicherter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Cinzana-Gare fasst seine positive Einschätzung wie folgt:

„Mittlerweile gibt es Entwicklung. Die Leute sind heute weiter. Auch in der Landwirtschaft gibt es Veränderungen durch neue Arbeitsmittel.“

Im Gegenzug betonen 39% der Unversicherten, aber lediglich 23% der Versicherten den Zerfall bisher allgemein anerkannter Werte und Normen wie Respekt vor älteren Personen, den abnehmenden Zusammenhalt in Großfamilien oder den wachsenden Individualismus als Hauptveränderung. Dementsprechend sind Haushaltsvorstände, die ausschließlich den Zerfall der Werte, Individualismus oder das Auseinanderbrechen der Großfamilien monieren, mit niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als solche, die zumindest eine positive Veränderung benennen. (p-Werte in der multivariaten Analyse: 0.001 für Kourouma (QV: .28; KI: .14-.59), 0.014 für Cinzana (QV: .38; KI: .18-.82)²²⁵. Zu diesem Befund passt das weiter oben angeführte Ergebnis, dass versicherte Haushaltsvorstände in beiden Lokalisationen moderne Gesundheitsanbieter mehr wertschätzen. Ebenso wie für die Frage der Rolle in Dorf und Gemeinde fallen die Unterschiede zwischen versicherten und unversicherten Haushaltsvorständen in Bezug auf die positive Bewertung sozialer Veränderungen deutlicher in Cinzana-Gare aus (siehe Tabelle 4, S. 199ff.). Exemplarisch dafür äußert ein unversicherter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Kourouma seine negative Wahrnehmung:

„Die einzige Sache, die ich nennen kann bezüglich Veränderungen sind die Großfamilien. Unsere Großfamilie ist auseinander gefallen.“

Die Tatsache, dass unversicherte Haushaltsvorstände signifikant häufiger ausschließlich negative Veränderungen wie den Zerfall der bisher bestehenden Wertebasis beklagen, passt zu einer weiteren Einschätzung: Im Gegensatz zu 30% der versicherten Haushaltsvorstände antworten 38% der Unversicherten auf die offene Frage, was ihnen im Leben wichtig ist mit der für sie hohen Bedeutung von Werten wie Ehrlichkeit, Respekt, Vertrauen oder Loyalität. Hingegen stellen 34% der versicherten Haushaltsvorstände heraus, dass ihnen Gesundheit wichtig ist. Unter den Unversicherten erwähnen nur 26% Gesundheit.

Schließlich spiegelt sich die stärkere Orientierung der unversicherten Haushaltsvorstände an althergebrachten Werten auch in ihren Antworten auf eine weitere, offene Frage wider: Während 43% der unversicherten Haushaltsvorstände

²²⁵ Insgesamt beklagen 49% aller Haushaltsvorstände den Werteverfall, den zunehmenden Individualismus oder das Auseinanderbrechen der Familien.

die traditionellen, endogenen Dorf-, Frauen- und Jugendvereinigungen (*tòn*) als wichtigste Organisationen in ihrem lokale Umfeld hervorheben und neue formelle Organisationen wie Sparkassen, Berufsvereinigungen oder die Krankenkasse gar nicht nennen, tun dies nur 35% der Versicherten.

Umgekehrt zählen 58% der Versicherten mindestens eine neue, formelle Organisation als für sie wichtigste Organisationen auf²²⁶. Unter den Unversicherten sind es 46%. Zwar erweist sich dieses Ergebnis für beide Lokalitäten zusammengenommen nicht als signifikant (p-Wert: 0.099; QV: .71; KI: .48-1.07). In Cinzana-Gare allerdings fällt der Unterschied zwischen Versicherten und Unversicherten wiederum deutlicher aus: Dort sind jene Haushaltsvorstände, die ausschließlich traditionelle Vereinigungen wertschätzen, mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als jene, die neue, formelle Organisationen angeben (p-Wert: 0.002; QV: .38; KI: .20-.70). 56% der Unversicherten nennen dementsprechend die traditionellen *tòns* als für sie wichtigste Organisationen, bei den Versicherten sind es lediglich 36%. Aus diesen Befunden lässt sich schließen, dass Krankenkassenmitglieder in Cinzana-Gare auch deshalb beigetreten sind, weil sie mit anderen, relativ neuen, meist von außen eingeführten formellen Organisationen in ihrem lokalen Umfeld vertraut sind, mit ihnen gute Erfahrungen gemacht haben und diese daher wertschätzen. Hingegen scheinen unversicherte Haushaltsvorstände traditionelle, endogene Organisationsformen womöglich auch deshalb mehr wertzuschätzen, weil diese jeweils dorfbasiert sind und nicht wie die Krankenkasse dorfübergreifend agieren. Die Mitglieder dieser *tòns* kennen sich alle, sie werden durch personalisierte Reziprozität gesteuert. Zudem sind die *tòns* weniger auf einen spezifischen Zweck ausgerichtet, wie dies bei der Krankenkasse der Fall ist. Insofern kann es durchaus auch sein, dass Unversicherte die Leistungen von *tòns* – Beiträge zu Hochzeiten oder Dorfinfrastrukturen, Mikrokredite, Hilfe bei Feldarbeiten etc. - mehr schätzen als jene von neuen, formellen Organisationen.

Neben der Bedeutung verschiedener Organisationen wurden die Haushaltsvorstände auch gefragt, welche Person sie in ihrer lokalen Umgebung besonders schätzen. So sind Haushaltsvorstände, die niemanden bzw. Arbeitskollegen wertschätzen, nur mit halb so hoher Wahrscheinlichkeit versichert als solche, die Freunde oder Nachbarn nennen (p-Wert: 0.003; QV: 2.32; KI: 1.34-4.01). Dies ist vor allem in Kourouma sehr stark ausgeprägt, wobei die Werte aufgrund des weiten Konfidenzintervalls nicht sehr präzise sind. Dennoch nannten sowohl Versicherte als auch Unversicherte in beiden Lokalitäten häufig einen

²²⁶ In diese Kategorie fallen neben externen Entwicklungsprojekten und – Organisationen (z. B. FIDA) einerseits von außen initiierte Organisationen, die aber in der Regel lokal geführt und gut verankert sind: Kredit- und Sparkooperativen, Elternvereinigungen von Primarschulen oder die Baumwollkooperative in Kourouma. Andererseits zählen auch lokal initiierte Organisationen wie die Händlervereinigung in Kourouma dazu. Solche neuen, formellen Organisationen sind in der Regel staatlich registriert und zugelassen. Sie können im Gegensatz zu den *tòns* als Produkte der Moderne verstanden werden, auch wenn die *tòns* ihrerseits einen Wandel durchlaufen haben, sei es bezüglich ihres Zwecks oder ihrer internen Organisation.

Freund oder Nachbarn als meist geschätzte Person (zwischen 32-41%), noch vor einem Familienmitglied. Der Unterschied zwischen versicherten und unversicherten Befragten liegt vielmehr darin, dass Letztere proportional häufiger ein Familienmitglied angaben. Dies ist vor allem in Kourouma stark ausgeprägt, was auf die dort immer noch hohe Bedeutung der Großfamilie verweist. Versicherte hingegen nannten verhältnismäßig häufiger sowohl wichtige Funktionsträger (Bürgermeister, Dorfschef, Imam, Landarzt etc.), die sie schätzen. Dieses Muster ist wiederum stärker in Cinzana-Gare als in Kourouma ausgeprägt. Dass unversicherte Haushaltsvorstände neben Freunden und Nachbarn proportional am häufigsten ein Familienmitglied schätzen, spiegelt auch die Rolle der Familie als Sicherungsform wider. Denn auf die Frage, weshalb der Befragte die genannte Person schätze, gaben 28% der unversicherten und 23% der versicherten Haushaltsvorstände an, dass sie von ihr moralische und vor allem materielle Hilfe erhielten. In Kourouma liegen diese Anteile bei 26% (Unversicherte) bzw. 19% (Versicherte).

Aufschlussreich sind auch die Unterschiede in Bezug auf Planungsprioritäten und –horizont. Versicherte Haushaltsvorstände planen verhältnismäßig mehr und eher solche Aktivitäten, deren Nutzen nicht unmittelbar gegeben bzw. ungewiss ist. So sind Haushaltsvorstände, die angeben, nichts zu planen, mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als jene, die antworten, dass sie Gesundheitsvorsorge (Präventionsmaßnahmen, Krankenkassenschutz), die Ausbildung bzw. Heirat der Kinder und/oder Spareinlagen planen (p-Wert: 0.003; QV: .42; KI: .24-.74)²²⁷. Getrennt nach Lokalität erweist sich der p-Wert nur noch in Cinzana-Gare als signifikant (siehe Tabelle 4, S. 199ff.). Die Aussagen eines unversicherten Haushaltsvorstands aus dem Dorf Sanogola in der Gesundheitszone Cinzana-Gare und eines Versicherten aus demselben Dorf sind jeweils exemplarisch dafür:

„Ich plane meine täglichen Aktivitäten, z. B. auf meinem eigenen Feld. Oft plane ich alles, was ich während des Tages von morgens bis abends mache“.

„Ich plane die Schulausgaben der Kinder. Die Ausbildung der Kinder an sich. Außerdem Sorge ich für den Krankheitsfall vor.“

Dass versicherte Haushaltsvorstände proportional häufiger Aktivitäten planen, deren Nutzen längerfristig angelegt und nicht immer gewiss ist, entspricht dem Prinzip der Krankenversicherung. Wie im Falle der Ausbildung und Investition in Kinder oder von Spareinlagen liegt der Nutzen in der mittel- bis langfristigen Zukunft und ist zudem zumindest im Falle der Kinder auch nicht mit Gewissheit gegeben. Haushaltsvorstände, die vornehmlich kurzfristig planen (müssen), ist ein Krankenkassenprinzip und –Beitritt womöglich daher fremd.

²²⁷ 16% aller befragten Haushaltsvorstände gaben an, gar nichts zu planen. Hingegen äußerten 27%, dass sie die Zukunft der Kinder, die Gesundheitsversorgung, Spareinlagen oder Hochzeiten planen würden.

Auch wenn der Schulbesuch von Kindern auch im ländlichen Mali immer mehr Verbreitung findet, so ist er doch (noch) nicht selbstverständlich. Dies mag zum einen sozialräumliche bzw. sozioökonomische Gründe haben: Schulplätze sind nicht ausreichend vorhanden bzw. die Haushalte verfügen nicht über ausreichend Ressourcen, um den kostenpflichtigen Schulbesuch all ihrer Kinder zu finanzieren²²⁸. Zum anderen haben soziokulturelle Einstellungen der Eltern und Familien eine Bedeutung. Die Befunde legen offen, dass 39% (Cinzana-Gare) bzw. 47% (Kourouma) der unversicherten Haushalte Kinder im Alter von 5 bis 7 Jahren haben, die nicht zur Schule gehen. Für die versicherten Haushalte liegen die Prozentsätze mit 32% (Cinzana-Gare) bzw. 38% (Kourouma) niedriger²²⁹. Dementsprechend sind Haushaltsvorstände, die angeben, dass keines ihrer Kinder zwischen 5 und 7 Jahren zur Schule geht, mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als jene, die bejahen, dass sie Kinder im Einschulalter eingeschult haben (p-Wert: 0.003; QV: .51; KI: .33-.80;). Getrennt nach Lokalität analysiert, erweist sich der p-Wert basierte Zusammenhang nur noch in Kourouma als signifikant (Kourouma = p-Wert: 0.014, QV: .42; KI: .21-.84); Cinzana-Gare = p-Wert: 0.227; QV: .66; KI: .34-1.29). Dazu passt ein weiterer Befund: 17,5% der Versicherten gaben an, für Bildung der Kinder zu sparen, während dies nur 7% der unversicherten Haushaltsvorstände taten.

Wie sich zumindest für Kourouma argumentieren lässt, ist die Nicht-Einschulung von Kindern Ausdruck soziokultureller Orientierungen und geringerer Offenheit gegenüber sozialen Neuerungen. Dies offenbaren folgende Zahlen zu den Gründen der Nicht-Einschulung: 26% der unversicherten Haushaltsvorstände in Cinzana-Gare geben an, dass (zu hohes) Schulgeld das Motiv für die Nicht-Einschulung von Jungen ist (Mädchen: 22%). In Kourouma liegt dieser Prozentsatz bei nur 13% (Mädchen: 13%)²³⁰. Diese Ergebnisse werden gestützt von den zuvor dargestellten Befunden, dass unversicherte Haushalte sozioökonomisch nicht schlechter gestellt sind. Auffallend ist vielmehr, dass sowohl versicherte als auch unversicherte Haushalte in Kourouma deutlich häufiger als in Cinzana-Gare angeben, Jungen wie Mädchen nicht einzuschulen, weil sie sie für Feld- und Hausarbeiten oder zum Viehhüten bräuchten bzw. die Koranschule/*médessa* bevorzugten oder den Schulbesuch ganz ablehnten. Dabei halten in Kourouma über 45% der unversicherten Haushaltsvorstände Jungen von der Schule fern, was jedoch auf nur 30% der befragten versicherten Haushaltsvorstände zutrifft (siehe Tabelle 12 im Anhang 1, S. 248). Letztere begründen die Nicht-Einschulung häufiger mit fehlenden Schulplätzen oder der Ablehnung durch den Familienchef.

²²⁸ Dies schließt die Koranschule oder *médessa* nicht mit ein.

²²⁹ Der Anteil Haushalte, die Kinder im Einschulungsalter haben, die aber nicht eingeschult sind, liegt in der Gesundheitszone Kourouma auch deshalb höher, weil es bis 2006 nicht in jedem Dorf eine Schule (öffentlich-staatlich oder von der Dorfgemeinschaft geführt) und damit zu wenig Schulplätze gab. Demzufolge wurden die Haushalte in der Regel nur alle zwei Jahre benachrichtigt, dass es Plätze für ihre Kinder im Einschulungsalter gibt.

²³⁰ Diese und die unmittelbar folgende Prozentsätze beziehen sich lediglich auf all diejenigen Haushaltsvorstände, die angegeben haben, Kinder im Schulalter zu haben, die nicht zur Schule gehen.

Dies unterstreicht einmal mehr, dass im Gegensatz zu Cinzana-Gare auch der Schulbesuch keine Haushalts-, sondern eine Familienangelegenheit ist.

Tabelle 4: Einflussfaktoren der Krankenkassenmitgliedschaft nach Dimensionen sozialer Differenzierung

Dimension sozialer Differenzierung der Haushalte	Gesundheitszone Cinzana-Gare			Gesundheitszone Kourouma		
	Versichert	Unversichert	p-Wert / Quotenverhältnis (Konfidenzintervall)	Versichert	Unversichert	p-Wert / Quotenverhältnis (Konfidenzintervall)
Haushalts- und Familienstruktur						
Durchschnittliche Anzahl Haushalte pro Familie	3	3	0.984 / 1.00 (.89-1.11)	8	5	0.000 / 1.17 (1.08-1.25)
1 Haushalt	28.9%	27.9%	-	9.3%	6.5%	-
2-4 Haushalte	44.3%	52.2%	-	19.6%	47.7%	-
Mehr als 4 Haushalte	26.8%	19.9%	-	71.1%	45.7%	-
Polygamie Der p-Wert ≤ 0.05 sagt aus: Polygame Haushaltsvorstände sind in Cinzana mit größerer Wahrscheinlichkeit versichert als monogame, nicht aber in Kourouma.	40.2% (polygam)	27.7% (polygam)	0.051 / .53 (.28 – 1.00)	51.6% (polygam)	42.3% (polygam)	0.614 / .84 (.43 – 1.63)
Sozioökonomische Lage						
p-Wert ≤ 0.05 und Quotenverhältnis sagen aus: Haushalte aus dem unteren Terzil (in Cinzana) sind mit leicht höherer Wahrscheinlichkeit versichert als jene aus dem mittleren Terzil, in Kourouma zeigt sich jedoch kein Unterschied. Der p-Wert zeigt aber keine statistische Signifikanz.	-	-	0.654 / 1.1-8 (.56 – 2.50)	-	-	0.963 / .97 (.27 – 3.44)
p-Wert ≤ 0.05 und Quotenverhältnis sagen aus: Haushalte aus dem oberen Terzil sind in Cinzana mit doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit versichert als jene aus dem mittleren Terzil, in Kourouma liegt die Wahrscheinlichkeit 1.5 mal so hoch. Der p-Wert zeigt indes keine statistische Signifikanz. Der weite Konfidenzintervall zeigt für Cinzana, dass das Ergebnis nicht sehr präzise ist.	-	-	0.277 / 2.11 (.54 – 8.11)	-	-	0.321 / 1.46 (.68 – 3.14)

Dimension sozialer Differenzierung der Haushalte	Gesundheitszone Cinzana-Gare			Gesundheitszone Kourouma		
	Versichert	Unversichert	P-Wert / Quotenverhältnis (Konfidenzintervall)	Versichert	Unversichert	P-Wert / Quotenverhältnis (Konfidenzintervall)
Sozioökonomische Lage						
Subsistenzgrad (Monate pro Jahr)	10.4	10.4	-	11.4	11	-
Der p-Wert ≤ 0.05 sagt aus: Haushalte, deren Mitglieder „lediglich“ die Koranschule bzw. médersa besucht haben, sind mit geringerer Wahrscheinlichkeit versichert als solche, die mindestens ein Mitglied haben, das zumindest die Primarschule besucht hat.	36.5% (Mitglied mit Primarschulbildung)	21.3% (Mitglied mit Primarschulbildung)	0.968 / .97 (.33-2.89)	29.9% (Mitglied mit Primarschulbildung)	15.4% (Mitglied mit Primarschulbildung)	0.237 / 1.77 (.68-4.55)
Soziokulturelle Orientierungen: Einstellungen und Werthaltungen						
p-Wert ≤ 0.05 und Quotenverhältnis sagen aus: Haushaltsvorstände, die angeben, keine Rolle zu haben bzw. ihre Rolle lediglich in der Steuerzahlung zu sehen, sind mit signifikant geringerer Wahrscheinlichkeit versichert, als jene, die darauf verwiesen, eine verantwortliche Funktion in Dorf oder Gemeinde zu bekleiden. Die engen Konfidenzintervall zeigen, dass die Ergebnisse verlässlich sind.	-	-	0.001 / .14 (.49-.43)	-	-	0.025 / .24 (.07-.83)
p-Wert ≤ 0.05 und Quotenverhältnis sagen aus: Haushaltsvorstände in Kourouma, die angeben, dass keines ihrer Kinder im Einschulalter zur Schule geht, sind signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als jene, die bejahen, dass sie Kinder im Einschulalter eingeschult haben.	-	-	0.227 / .66 (.34-1.29)	-	-	0.014 / .42 (.21-.84)

Dimension sozialer Differenzierung der Haushalte	Gesundheitszone Cinzana-Gare			Gesundheitszone Kourouma		
	Versichert	Unversichert	P-Wert / Quotenverhältnis (Konfidenzintervall)	Versichert	Unversichert	P-Wert / Quotenverhältnis (Konfidenzintervall)
Soziokulturelle Orientierungen: Einstellungen und Werthaltungen						
p-Wert ≤ 0.05 und Quotenverhältnis sagen aus: Haushaltsvorstände, die lediglich negative soziale Veränderungen benennen, sind mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als jene, die zumindest <i>eine</i> positive Veränderung angeben. Die engen Konfidenzintervall zeigen, dass die Ergebnisse verlässlich sind.	-	-	0.014 / .38 (.18 - .82)	-	-	0.001 / .28 (.14 - .59)
p-Wert ≤ 0.05 und Quotenverhältnis sagen aus: Haushaltsvorstände in Cinzana, die angeben, nichts zu planen, sind mit signifikant niedrigerer Wahrscheinlichkeit versichert als jene, die antworten, Gesundheitsvorsorge, Ausbildung / Heirat ihrer Kinder oder Spareinlagen zu planen.	-	-	0.004 / .29 (.12 - .67)	-	-	0.206 / .55 (.21 – 1.38)

* Als statistisch signifikant gilt der Zusammenhang zwischen Krankenkassenmitgliedschaft und der jeweiligen unabhängigen Variablen, wenn der p-Wert 0.05 oder kleiner ist.

Wenn das Quotenverhältnis 1 beträgt, gibt es keinen statistischen Zusammenhang, Werte <1 bedeuten, dass die Quoten der in der linken Spalte erst genannten Gruppe größer sind, bei Werten >1 sind die Quoten der erstgenannte Gruppe kleiner.

Je enger der Konfidenzintervall, desto präziser ist der ermittelte Wert.

9.6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Führt man nun abschließend die verschiedenen Einflussfaktoren der Krankenkassenmitgliedschaft zusammen und setzt sie in Beziehung, so zeigt sich, dass die sozioökonomische Lage nicht ausschlaggebend dafür ist, ob Haushalte der Versicherung beitreten oder nicht. Versicherte Haushalte sind nicht besser gestellt. Als aussagekräftiger erweisen sich neben dem Vertrauen in die Krankenkassenführung die interne Haushalts- bzw. Familienstruktur und die damit zusammenhängenden Muster der Entscheidungsfindung sowie Einstellungen und Orientierungen der Haushaltsvorstände (siehe Abbildung 8, S. 206).

Versicherte Haushaltsvorstände streichen ihre Wertschätzung für soziale Veränderungen und Neuerungen signifikant stärker heraus, als dies Unversicherte tun. Als wesentliche Veränderungen nennen sie den Auf- und Ausbau von sozialen Diensten, Transport- und Kommunikationswegen sowie die damit verbundenen Verbesserungen der Lebensbedingungen. Während Unversicherte nahezu ausschließlich den Wertezerfall monieren, verweisen die Versicherten auch auf die Ausbildung neuer Werte wie größere Freiheiten für die Jugend sowie die Entstehung neuer Solidaritätsformen. Dementsprechend wertschätzen versicherte Haushaltsvorstände auch häufiger neue, formelle Organisationen wie Berufsvereinigungen, Entwicklungsorganisationen oder die Krankenkasse, wohingegen Unversicherte die traditionellen *tòns* stärker herausstreichen. Sie schulen ihre Kinder signifikant häufiger ein und bevorzugen moderne, formelle Gesundheitsanbieter. Schließlich planen versicherte Haushaltsvorstände verhältnismäßig mehr solche Aktivitäten, deren Nutzen nicht unmittelbar gegeben bzw. ungewiss ist. Dazu gehören die Planung der Gesundheitsvorsorge und Zukunft (Ausbildung und Heirat) der Kinder sowie von Spareinlagen. Unversicherte Haushaltsvorstände geben häufiger an, ihre unmittelbaren landwirtschaftlichen Aktivitäten, die nächste Anbausaison oder gar nichts zu planen.

Es lässt sich argumentieren, dass eine solche Offenheit gegenüber sozialen Neuerungen und einer solchen formellen Sicherungsform ein Stück weit gegeben sein muss, damit Haushaltsvorstände den Beitritt zu einer Krankenversicherung erwägen. Sie sind letztlich ein Produkt der Moderne, das lokal aufgegriffen und angewandt werden muss. Überdies ist der Beitritt für versicherte Haushalte womöglich auch deshalb naheliegender, weil sie neben der Gesundheitsvorsorge auch andere Dinge planen, deren individueller Nutzen nicht unmittelbar gegeben und gar ein Stück weit ungewiss ist. Dass Versicherte sich in verantwortlichen Rollen engagieren, erhöht allem Anschein nach auch die Akzeptanz der Krankenkasse, weil viele sich durch ihre Mitarbeit mit einer solchen neuen, modernen Organisationsform auskennen. Diese Offenheit gegenüber Produkten der Moderne und das Engagement in lokalen Vereinigungen kann z. T. auf die in Cinzana-Gare weit verbreitete Wanderarbeit zurückgeführt werden. In den Gruppendiskussionen führen die Migrantinnen und Migranten in Cinzana-Gare selbst aus, dass sie neue Ideen und Wissen mitbringen sowie Neuerungen

vorantreiben, was Béridogo für andere Regionen in Mali herausgestellt hat (Béridogo 1999: 121-138). Ein Migrant erläutert:

„Mich fragt man für gewöhnlich um Rat, wenn es um den Reisanbau geht, den ich in Niono erlernt habe. Und außerdem in Gesundheitsfragen, z. B. die Anwendung von Medikamenten. (...) Bezüglich des Aufbaus der Gemeindeschulen, die wir in den Dörfern haben, waren wir unter den Verantwortlichen.“

In ihrer Gruppendiskussion äußert sich eine Migrantin wie folgt:

„Ich denke, dass die Leute, die von der Wanderarbeit zurückkehren oft Initiatoren gewisser Dinge sind. Denn ich selbst hatte die Idee, die Frauen aus meinem Dorf zusammenzuholen und einen Spar- und Kreditring aufzubauen. Ich habe außerdem andere Frauen ermuntert, dasselbe zu machen.“

Folglich erklärt die Offenheit der Migranten gegenüber Neuerungen und die weite Verbreitung von Wanderarbeit in Cinzana-Gare u. a., weshalb die Versichertenraten in Cinzana-Gare höher liegen als in Kourouma.

Die Befunde zeigen jedoch auch, dass solche förderlichen Einstellungen und Orientierungen der Haushalt(svorständ)e nicht automatisch zum Krankenkassenbeitritt und zu höheren Versichertenzahlen führen. Es müssen entscheidende Vorbedingungen gegeben sein, bevor Einstellungen des Haushaltsvorstands überhaupt zum Tragen kommen: Zum einen eine gewisse Entscheidungsfreiheit von Haushalten gegenüber der Großfamilie und auch Dorfgemeinschaft, zum anderen Vertrauen in die Krankenkassenvertreter. Größeren Spielraum in der Entscheidungsfindung haben Haushalte aus kleinen Familien und vor allem Einzelhaushalte. In der Gesundheitszone Cinzana-Gare machen Einzelhaushalte fast ein Drittel der Befragten aus. Im Hauptort sind es insgesamt 58%, unter den Versicherten sogar 75%. In solchen Haushalten werden die Ehefrauen bei Entscheidungsfindungen nicht nur konsultiert, sondern haben auch ein Mitspracherecht. Angesichts der Tatsache, dass es in der Regel die Frauen sind, die sich um die Ernährung und Gesundheit des Haushalts kümmern, begünstigen solche Muster der Entscheidungsfindung den Krankenkassenbeitritt. In solchen Einzelhaushalten können der Haushaltsvorstand und seine Ehefrau(en) beitreten, wenn er will. In Großfamilien muss auch der Großfamilienvorstand wollen. Dessen Einverständnis muss bei anstehenden Entscheidungen zu unterschiedlichen Lebensbereichen zunächst durch die Haushalte eingeholt werden. Wie die Gruppendiskussionen offenbaren, gehört die Entscheidung des Krankenkassenbeitritts dazu, auch weil zu Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen der Krankenkassen die Großfamilienvorstände angesprochen werden, die dann ihre Haushalte informieren. Ob der Familienvorstand letztlich sein Einverständnis zum Krankenkassenbeitritt gibt, hängt

auch davon ab, über welche Ressourcen und andere Sicherungsmechanismen die Familie als Ganzes verfügt. Die Einzelinterviews mit Haushaltsvorständen und ihren Ehefrauen aus ausgewählten kleineren und größeren Familien zeigen, dass Familien mit zehn oder mehr Haushalten, wie sie in Kourouma noch immer vorherrschend sind, u. a. über familienbasierte Gemeinschaftskassen verfügen, aus denen auch die Gesundheitssicherung finanziert wird.

Insbesondere das Beispiel der Gesundheitszone Kourouma unterstreicht die relative Bedeutung der Entscheidungsfreiheit sowie der soziokulturellen Einstellungen und Orientierungen gegenüber der sozioökonomischen Lage. Insgesamt sind die Haushalte in Kourouma sozioökonomisch besser gestellt als jene in Cinzana-Gare. Dies hat vor allem mit dem vorteilhafteren, klimatischen und natürlichen Bedingungen zu tun, in dem diese Haushalte bisher leben. Sie können Baumwolle für den Weltmarkt produzieren und im größeren Stil Gemüseanbau betreiben. Und dennoch liegen die Versichertenzahlen deutlich tiefer als in Cinzana-Gare. Dies lässt sich jedoch nicht durch eine bessere Qualität der Krankenkassen- und von ihr unter Vertrag genommenen Gesundheitsdienste in Cinzana-Gare erklären, weil sowohl in Cinzana-Gare als auch in Kourouma versicherte und unversicherte Haushalte die Qualität der Gesundheits- bzw. Krankenkassendienste mehrheitlich positiv bewerten. Daher ist dieser dem sozialräumlichen Kontext zugeordnete Einflussfaktor in den untersuchten Lokalitäten wenig relevant. Daher lassen sich die niedrigeren Versichertenzahlen in Kourouma plausibler durch die dort weiterhin vorherrschende Institution der Großfamilie, durch bestehende intrafamiliären Sicherungsmechanismen sowie weit verbreitete konservative Werthaltungen erklären. Dass sich dennoch rund 120 Haushalte zur Mitgliedschaft entschlossen haben, liegt vor allem daran, dass eine Minderheit von 6% aller Großfamilien beigetreten ist, wobei 71% von ihnen im Verbund aller Haushalte der Großfamilie beigetreten sind. Dies deutet darauf hin, dass die Vorstände dieser Familien sozialen Veränderungen und Neuerungen (einschließlich der Einschulung von Kindern) ein Stück weit offener gegenüber eingestellt sind. Dies haben sie mit versicherten Haushaltsvorständen in Cinzana-Gare gemeinsam.

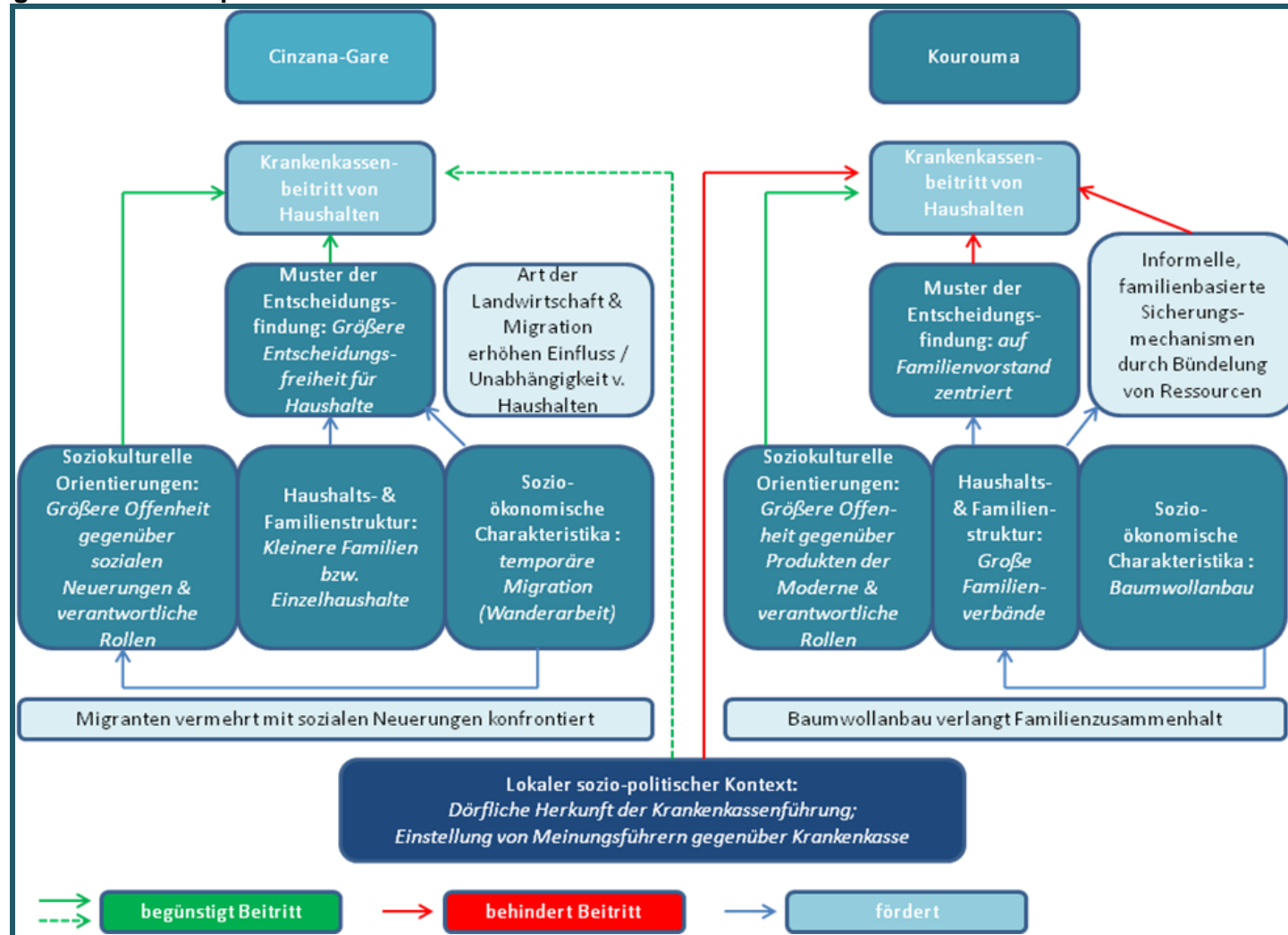
Schließlich sind aber nicht nur Einstellungen der Haushalts- und Großfamilienvorstände sowie Entscheidungsfindungsmuster ausschlaggebend für die Beitrittsentscheidung. Auch das erweiterte soziale Netzwerk und lokale Zugehörigkeiten – sprich der lokale soziopolitische Kontext, in den die Familien und Haushalte eingebettet sind – haben erheblichen Einfluss. Zum einen hat die Position von Dorfrat und –Chef, Verantwortlichen dorfbasierter Vereinigungen sowie anderen Meinungsführern wie der Imam oder Marabout Einfluss darauf, ob der Großfamilienvorstand bzw. ein relativ autonom entscheidender Vorstand eines Einzelhaushaltes einen Beitritt erwägt. Zum anderen spielt in beiden Lokalitäten offensichtlich die soziale und geographische Herkunft der Krankenkassenführung und das ihr entgegengebrachte Vertrauen eine bedeutende Rolle. Sowohl in Cinzana-Gare als auch in Kourouma weisen Dörfer, aus denen Krankenkassenverantwortliche kommen, überdurchschnittliche Raten auf. In

Kourouma trägt die Relevanz dieses Faktors im Gegensatz zu Cinzana-Gare aber letztlich zu niedrigeren Versichertenraten bei, weil die Verantwortlichen hauptsächlich aus nur zwei Dörfern kommen, in denen sich dementsprechend die Versicherten konzentrieren. Die Krankenversicherung wird von vielen Unversicherten nicht als gemeinde-, sondern quasi als dorfbasierte Vereinigung wahrgenommen. Die Relevanz von Faktoren, die hier dem soziopolitischen Kontext zugeordnet werden, zeigt letztlich auch, dass der Beitritt nicht nur aus Offenheit gegenüber einem neuen, formellen Sicherungsmodell erfolgt, sondern auch aus Solidarität bzw. Loyalität gegenüber dem Krankenkassenverantwortlichen aus dem eigenen Dorf, dem Dorfchef- und Rat oder anderen einflussreichen Personen und Meinungsführern.

Die geschilderten empirischen Befunde widerlegen letztlich klassische modernisierungstheoretische Hypothesen (Lerner 1971: 362-381): Sozioökonomische Besserstellung führt nicht automatisch zu kleineren Familieneinheiten und moderneren Werthaltungen. Wie das Beispiel Kourouma zeigt, sind die dortigen Familien und Haushalte u. a. durch bessere klimatische Lebensbedingungen und die Baumwollproduktion sozioökonomisch besser gestellt als jene in Cinzana-Gare. Und doch haben sie noch immer größere Familieneinheiten und legen konservativere Werthaltungen an den Tag. Paradoxerweise ist es letztlich die kapitalistische Produktionsweise des Baumwollanbaus und nicht etwa starke vorkoloniale Prägungen, die den Zusammenhalt der Großfamilien bisher gesichert hat. Im Gegensatz dazu ist es die Notwendigkeit zur Migration und Mobilität in Cinzana-Gare, die zu größerer Entscheidungsfreiheit für Haushalte und kleineren Familien führt.

Im folgenden Kapitel wird der Versuch unternommen, auf der Basis dieser Befunde eine Typologie von Haushalten und ihren Lebensführungsmuster aufzustellen, die in den beiden untersuchten Lokalitäten vorzufinden sind und sich deutlich voneinander unterscheiden.

Abbildung 8: Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren des Krankenkassenbeitritts



10. Haushaltstypen und sozialer Wandel im ländlichen Mali

Die Cluster-Analyse zeigt, dass sich die jeweiligen Ausprägungen einiger zuvor beschriebener, quantifizierbarer Faktoren zu distinkten Bündeln verbinden, die unterschiedliche Haushaltstypen und Lebensführungsmuster charakterisieren. Die Möglichkeit distinkte Haushaltstypen herauszufiltern, bestätigt die Hypothese, dass sich ländliche Haushalte - ob innerhalb derselben Lokalität oder in verschiedenen Regionen desselben Landes - sozial stärker differenzieren als in der gängigen entwicklungspolitischen Debatte dargestellt. Dass sich hingegen keine Auffächerung in zehn Gruppierungen zeigt, wie dies Sinus Sociovision für die Gesellschaft Deutschlands präsentiert (Sinus Sociovision 2012), spiegelt zum einen die vielen gemeinsamen Charakteristika wider, die Haushalte in ländlichen Milieus Malis (immer noch) teilen. Zum anderen ist dies auch eine direkte Folge der fehlenden gesamtgesellschaftlichen Perspektive dieser Arbeit, da es sich nur um den Vergleich zweier ländlicher Regionen handelt.

10.1. Eine Haushaltstypologie

Auf der Basis einer *latent class analysis*²³¹, die neben der sozioökonomischen Lage der Haushalte auch ihre interne Struktur sowie eine Reihe von Einstellungen und Werthaltungen berücksichtigt²³², wurden vier verschiedene Gruppierungen herausgefiltert, zwei in jeder der beiden Lokalitäten. Dies unterstreicht einmal mehr die z. T. deutlich unterschiedlichen Lebensführungsmuster in Cinzana-Gare und Kourouma. Auffallend ist zudem, dass sich keine der vier Gruppierungen von der jeweils anderen Gruppierung in ihrer Lokalität durch eine schlechtere bzw. bessere sozioökonomische Lage abhebt. Somit kann die sozioökonomische Lage zumindest in diesen beiden ländlichen Gebieten nicht als das herausragende Differenzierungskriterium gesehen werden. Dies heißt zugleich, dass soziokulturelle Orientierungen sowie Haushalts- und Familienstrukturen nicht an bestimmte sozioökonomische Lagen gekoppelt sind, wie dies klassische modernisierungstheoretische Ansätze suggerieren.

In Cinzana-Gare zeichnet sich eine erste Gruppierung dadurch aus, dass ihr Haushaltsvorstand monogam ist (76% aller zu dieser Gruppierung gehörenden Haushalte), er die Einhaltung von Werten wie Ehrlichkeit, Respekt und Vertrauen als für ihn wichtig im Leben angibt (82%), traditionelle Frauen-, Jugend- bzw. Dorfvereinigungen (*tòns*) häufig als von ihm geschätzte lokale Organisationen nennt

²³¹ Zu Details der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten *latent class analysis* siehe Kapitel 8.9 sowie Lanza et al. 2007.

²³² Insgesamt sind neun Variablen in die Analyse eingeflossen: sozioökonomische Lage auf Basis des sozioökonomischen Indexes, Anzahl Haushalte pro Familie, Ehestand des Haushaltsvorstands, Einschulung von Kindern, Wahrnehmung der eigenen Rolle in Dorf und Gemeinde, Zukunftsplanung, Wahrnehmung in Bezug auf soziale Veränderungen in der lokalen Lebenswelt, lebensleitende Werte und Wertschätzung von Organisationen, die in der lokalen Lebenswelt aktiv sind.

(65%) und überdies oft keine positiven Veränderungen in seiner lokalen Lebenswelt bzw. im sozialen Zusammenleben wahrnimmt (57%). Abgesehen von der Tatsache, dass diesen Haushalten monogame Ehepaare vorstehen, lassen sie sich aufgrund dieser distinkten Charakteristika insgesamt eher als Haushalte beschreiben, die sich an althergebrachten Werten und Institutionen orientieren. Sie können daher als „traditionsbewusste Haushalte“ tituiert werden. Sie wollen alt bewährtes beibehalten, ohne dass sie per se alle Neuerungen ablehnen würden, denn sie schulen ihre Kinder beispielsweise nicht weniger häufig ein als die zweite Gruppierung in Cinzana-Gare. Die Gruppierung der „Traditionsbewussten“ macht 42.5% der befragten Haushalte in Cinzana-Gare aus.

Die zweite Gruppierung in Cinzana-Gare unterscheidet sich insofern deutlich, als sie im Gegensatz zu den „Traditionsbewussten“ neue, formelle Organisationen wie Berufsvereinigungen, Sparkassen oder die Krankenkasse deutlich häufiger wertschätzen (58%) sowie positive Veränderungen im lokalen Umfeld benennen (81%). Außerdem zeichnen sich die Haushaltsvorstände dieser Gruppierung dadurch aus, dass sie Gesundheit als für sie wichtig im Leben aufführen (44%). Zwar sind die Haushaltsvorstände solcher Haushalte vornehmlich polygam (73%), aber ihre Haushalte gehören zu kleineren Familien von zwei bis vier Haushalten (56%), weshalb sie über größere Entscheidungsfreiheit verfügen. Aufgrund ihrer augenscheinigen Offenheit und Wertschätzung gegenüber sozialen Neuerungen bzw. Produkten der Moderne sowie ihrer Loslösung aus Großfamilien und größeren Entscheidungsfreiheit, kann diese Gruppierung als „innovationsoffene Haushalte“ beschrieben werden. Sie machen 57,4% der befragten Haushalte aus. In Übereinstimmung mit den in Kapitel 9 dargestellten Befunden zeigt die Cluster-Analyse, dass die Haushalte aus der Gruppierung der „innovationsoffenen Haushalte“ mit beinahe doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit Mitglied der Krankenkasse sind als solche aus der Gruppierung der „Traditionsbewussten“ (p-Wert in multivariater Analyse: 0.02; Quotenverhältnis: 1.80). Dies verwundert insofern nicht, als die Bereitschaft zur Mitgliedschaft in der Krankenkasse als eine neue, formelle Sicherungsform die Offenheit gegenüber sozialen Neuerungen und den Stellenwert der Gesundheit widerspiegelt.

In Kourouma sind die beiden Gruppierungen anders charakterisiert als jene in Cinzana-Gare, unterscheiden sich aber untereinander nicht so eindeutig. Die erste Gruppierung von Haushalten zeichnet sich dadurch aus, dass sie polygame Haushaltsvorstände (73%) und Kinder im Einschulalter in ihren Reihen hat, die nicht zur Schule gehen (77%). Ebenso wie die Gruppierung der „traditionsbewussten Haushalte“ in Cinzana-Gare nennen sie im Vergleich zur zweiten Gruppierung in Kourouma häufiger Respekt oder Vertrauen als für sie im Leben wichtige Werte (37%). Im Unterschied zu den „Traditionsbewussten“ in Cinzana-Gare äußern sie ihre Wertschätzung für neue, formelle Organisationen (77%), die allerdings in Kourouma auch deutlich weniger vorhanden sind als in Cinzana-Gare. Im Wesentlichen referieren die meisten Haushaltsvorstände auf eine formelle Organisation, die bereits seit längerem in Kourouma besteht und daher nicht mehr

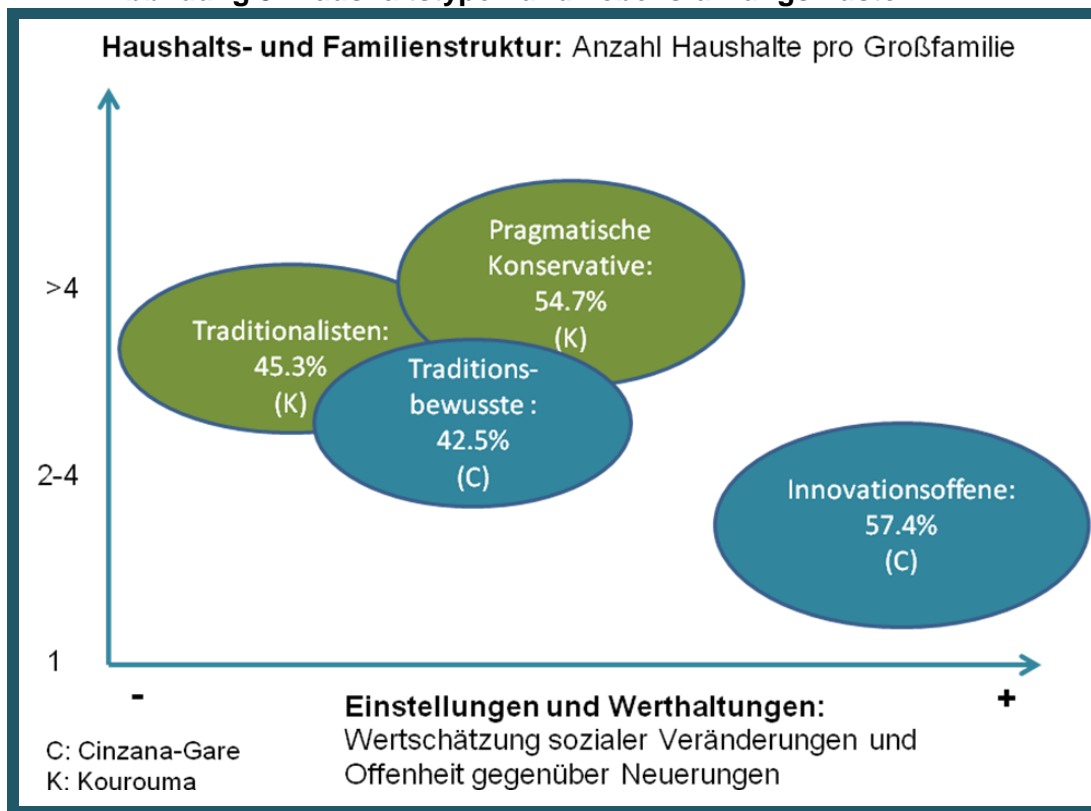
so neu ist, dies ist die Baumwoll-Kooperative. Mit Abstrichen kann diese Gruppierung als „Traditionalisten“ bezeichnet werden. Sie vereinigen 45.3% der befragten Haushalte in Kourouma auf sich.

Im Unterschied dazu zeichnen sich Haushalte der zweiten Gruppierung in Kourouma dadurch aus, dass ihre Vorstände monogam sind (76%) und keine Kinder im Schulalter (83%) haben, die nicht eingeschult sind. Hingegen nennen auch sie wie die „Traditionsbewussten“ in Cinzana-Gare keine positiven Veränderungen in ihrer lokalen Lebenswelt (48%) und kommen aus Großfamilien mit mehr als vier Haushalten (60%). Wenig überraschend ist die Gruppierung aber tendenziell häufiger krankenversichert als die „Traditionalisten,, auch wenn sich dies statistisch lediglich in der univariaten, nicht aber in der multivariaten Analyse bestätigt (p-Wert in multivariater Analyse: 0.47). Diese zweite Gruppierung, die als „pragmatische Konservative,, betitelt werden kann, spiegelt die wenigen Großfamilien aus zwei Dörfern Kouroumas wider, die Mitglieder der Krankenkasse sind. Sie sind im Gegensatz zu den häufig krankenversicherten „innovationsoffenen Haushalten,, in Cinzana-Gare nicht generell offener gegenüber Produkten der Moderne, sondern gehen eher selektiv vor, je nach sozialer Neuerung. Das Krankenkassenprinzip scheint sie überzeugt zu haben. Doch ihr Beitritt scheint auch Ausdruck dorfbasierter Solidarität zu sein, weil 14% bzw. 50% der Bevölkerung aus diesen zwei Dörfern versichert sind. Dorfsolidarität ist deshalb nicht in der Cluster-Analyse berücksichtigt worden, weil diese nicht quantifiziert wurde. Diese Gruppierung macht 54.7% der interviewten Haushalte aus. Dadurch ähneln sie insbesondere den „Traditionsbewussten“ in Cinzana-Gare in ihrer Zurückhaltung gegenüber Neuerungen. Gegenüber den „Traditionalisten,, in Kourouma setzen sie sich insofern ab, als sie neben dem Krankenkassenbeitritt auch der Schulbildung der Kinder Priorität einräumen. Das spricht für mehr Offenheit in einigen Lebensbereichen. Es offenbart sich letztlich, dass insbesondere die Gruppierung der „innovationsoffenen Haushalte,, in Cinzana-Gare das Potenzial gemeindebasierter Krankenkassen darstellt, welches bei weitem nicht ausgeschöpft ist. In Kourouma scheint die Identifizierung und Überzeugung potenzieller Mitglieder vom Nutzen der Krankenkasse schwieriger, weil sich die Gruppierung der „pragmatischen Konservativen“ zum einen weniger deutlich von den „Traditionalisten,, unterscheidet. Zum anderen verfügen viele Haushalte unter den „pragmatischen Konservativen“ aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu Großfamilien über familieninterne Sicherungsmechanismen, die sie auch im Krankheitsfall mobilisieren können.

Diese Ausführungen zeigen, dass ebenso wie in Gesellschaften der OECD-Staaten die sozioökonomischen Lagen von Haushalten im ländlichen Mali nicht mit bestimmten Lebensführungsmustern einhergehen. Hradils Hinweis, dass Lebensstile quer zu sozialen Lagen verlaufen können, erweist sich auch in den beiden Untersuchungsgebieten als zutreffend, da sozioökonomische Lage kein distinktes Charakteristikum für die vier identifizierten Gruppierungen ist (Hradil 2006:

280-283). Abbildung 9 spiegelt wider, dass sich die Gruppierungen über ihre Familienstruktur und vor allem Einstellungen und Wertorientierungen unterscheiden.

Abbildung 9: Haushaltstypen und Lebensführungsmuster



10.2. Prozesse sozialen Wandels in den untersuchten Lokalitäten

Auch wenn die vorliegende Arbeit auf die Beschreibung von unterschiedlichen Lebensführungsmustern sowie deren Einfluss auf den Krankenkassenbeitritt fokussiert, so weisen die empirischen Befunde auch auf Prozesse sozialen Wandels hin, denen die untersuchten Haushalte und Lebensführungsmuster unterliegen. Insbesondere die Wahrnehmungen und Einschätzungen der interviewten Haushaltsvorstände in Bezug auf Veränderungen in ihren lokalen Lebenswelten und im sozialen Zusammenleben legen diese Wandlungsprozesse offen.

Trotz einiger Ähnlichkeiten zeigen sich bei den Haushaltsvorständen in Cinzana-Gare und Kourouma deutliche Unterschiede in der Bewertung ihrer sozialen und wirtschaftlichen Lage. Diese Einschätzungen spiegeln unterschiedlich gelagerte Wandlungsprozesse in den beiden untersuchten Gebieten wider. Haushaltsvorstände in Cinzana-Gare stellen häufiger den Auf- und Ausbau wesentlicher Infrastrukturen und sozialer Dienste sowie eine größere Palette an Einkommensmöglichkeiten als positive Veränderungen heraus. Straßen, Brunnen, Transport- und Kommunikationsmittel, Gesundheitsdienste und Schulen haben Verbreitung gefunden, wodurch laut der Befragten u. a. der Zugang zu Trinkwasser, die Gesundheitssituation und die Einschulungsraten verbessert wurden. Ebenso

liefern Gemüseanbau und Viehzucht neben dem Getreideanbau Zusatzeinkommen (Kourouma: 36%; Cinzana-Gare: 59%). In Cinzana-Gare geht diese positive Bewertung mit der Einschätzung einher, dass landwirtschaftliche Geräte und Inputs verfügbarer sind als in der Vergangenheit (19%). In Kourouma wird die Modernisierung der Landwirtschaft deutlich weniger genannt (9%), vermutlich weil landwirtschaftliche Geräte und Inputs aufgrund der in Kourouma vorherrschenden Baumwollproduktion schon seit längerem verbreitet sind. Die befragten Haushaltsvorstände in Kourouma hingegen benennen häufiger negative klimatische Entwicklungen als Hauptveränderung (Kourouma: 7%; Cinzana-Gare: 2%), obschon Kourouma im Vergleich zu Cinzana-Gare in einer klimatisch begünstigten Zone liegt.

Dass die Haushaltsvorstände in Kourouma zum Zeitpunkt der Befragung häufiger soziale und wirtschaftliche Schwierigkeiten herausstellen, hängt vor allem mit dem zu dieser Zeit vorherrschenden graduellen ökonomischen Niedergang der Baumwollproduktion zusammen. Zwar anerkennen einige Haushaltsvorstände, dass der Baumwollanbau in der Vergangenheit zur Verbesserung der Lebensbedingungen beigetragen hat (z. B. zu komfortableren Behausungen). Jedoch bewirken die Abhängigkeit von der Vermarktungsorganisation (*Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles* - CMDT) und der sinkende Weltmarktpreis für Baumwolle ein Umdenken unter den Haushaltsvorständen. So präzisiert ein Haushaltsvorstand auf die Frage, für was er eventuelle, zusätzliche Ressourcen einsetzen würde:

„Landwirtschaftliches Arbeitsmaterial kaufen, um nicht vollständig von der CMDT abhängig zu sein.“

Ein anderer unversicherter Haushaltsvorstand aus dem Dorf Fôh verweist auf die Bedeutung einer Diversifizierung von Einkommensquellen, wie dies auch der Bielefelder Verfelchtungsansatz herausgestellt hat:

„Ich habe verstanden, dass wir uns mehr auf die Getreideanbaukulturen stützen müssen als auf Baumwolle.“

Die sich aufgrund des damaligen niedrigen Weltmarktpreis abzeichnende Abkehr von der Baumwollproduktion zugunsten einer stärkeren Diversifizierung zieht laut der Befragten in Kourouma weitere soziale Veränderungen nach sich, insbesondere den Verfall bisher geltender Werte, Normen und Muster des Zusammenlebens. So nimmt ein Haushaltsvorstand folgende Hauptveränderung gegenüber der Vergangenheit wahr:

„Der Zusammenhalt ist mehr und mehr durch die mit der Baumwollproduktion zusammenhängenden Schwierigkeiten bedroht.“

Zum einen ist damit der Zusammenhalt auf Ebene der Baumwollkooperative (*Coopérative des Producteurs de Coton* - CPC) und der Dorfgemeinschaft gemeint. Die CPC ist nicht nur Ansprechpartner der CMDT, was den Verkauf der Baumwollernten und den Kauf von landwirtschaftlichen Inputs angeht, sondern finanziert mit einer festgesetzten Abgabe eines jeden Produzenten (frz. *ristournes*) auch Entwicklungsinitiativen im Dorf. Mit dem Bedeutungsverlust der Baumwolle wird in der Wahrnehmung der Befragten zum anderen aber vor allem der Zusammenhalt in der Großfamilie geschwächt. Denn für die Baumwollproduktion sind viele Arbeitskräfte nötig, was die Einbindung aller Mitglieder der Großfamilien in diese Tätigkeit voraussetzt. Gleichzeitig wurde in der Vergangenheit durch den Baumwollanbau genügend Einkommen erzielt, sodass die Jüngeren nicht auf Wanderarbeit gehen mussten und sollten. Auch wenn zum Zeitpunkt der Befragung „lediglich“ 48% der befragten Haushalte ein Mitglied in der Großfamilie hatten, welches saisonal auf Wanderarbeit ist (Cinzana-Gare: 72%), kann sich dieses Migrationsmuster aber auch in Kourouma weiter verstärken, wenn der Baumwollpreis sich nicht nachhaltig verbessert und sich mittelfristig keine ausreichenden lokalen Einkommensalternativen bieten. Allerdings erlauben die günstigeren klimatischen Bedingungen den Anbau anderer landwirtschaftlicher Produkte wie Gemüse und Getreide, der nicht alle Arbeitskräfte der Großfamilie verlangt. Vor diesem Hintergrund beklagen daher größtenteils Haushaltsvorstände in Kourouma das Auseinanderfallen der Großfamilien:

„Eine wichtige Veränderung gegenüber der Vergangenheit ist das Auseinanderfallen der Großfamilien aufgrund des wachsenden Individualismus.“

Versicherter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Kourouma

Ein anderer, versicherter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Kourouma fügt hinzu:

„Die Hauptveränderung ist heute der Individualismus, aufgrund der Uneinigkeit. Einige weigern sich zu arbeiten, andere gehen einfach, die Großfamilie fällt auseinander.“

Teilnehmende der Gruppendiskussionen führen dazu aus, dass in einigen Fällen Brüder aus dem Familienhof (*du*) ausziehen und gemeinsam ein neues Domizil gründen. Dadurch verkleinern sich die Familieneinheiten und vergrößern sich die Entscheidungsspielräume der Haushalte. Aber auch in weiterhin bestehenden Großfamilien ändern sich durch den Bedeutungsverlust der Baumwolle die Muster der Entscheidungsfindung, wie ein anderer, unversicherter Haushaltsvorstand präzisiert:

„Die großen Veränderungen im sozialen Leben, die ich momentan wahrnehme, sind (...) sowie die Vervielfachung der Entscheidungsinstanzen, d. h. der Großfamilienchef kann nicht mehr alleine anstelle der anderen entscheiden.“

Vor diesem Hintergrund fasst ein unversicherter, älterer Haushaltsvorstand seine Rolle im Dorf wie folgt:

„Als Haushaltsvorstand in einem gewissen Alter schaue ich darauf, dass die Eintracht in den Familien gesichert bleibt. (...) Für den Moment ermöglicht diese Rolle dem Dorf, die Großfamilien dabei zu unterstützen, dass sie nicht zerfallen; so können Wohlstand und Überfluss den Unterschied zu anderen Nachbardörfern ausmachen.“

Ob der noch immer großen Anzahl von Haushalten pro Familie in Kourouma verwundert es, dass die Befragten dennoch ein Aufbrechen der Großfamilienstrukturen konstatieren. Dies ist Ausdruck eines bereits eingesetzten sozialen Wandlungsprozesses, der jedoch noch nicht so weit fortgeschritten ist wie in Cinzana-Gare. Nur sehr wenige Haushaltsvorstände monieren den Zerfall der Familien, was sich damit begründen lässt, dass die dort ansässigen Familien oftmals schon gar keine Großfamilien mehr sind. Wie weiter oben gezeigt, bestehen diese in Cinzana-Gare im Durchschnitt aus drei Haushalten, während es in Kourouma sechs bis sieben sind. Dort lässt sich dementsprechend ein Trend zu kleineren Familien und Einzelhaushalten ausmachen, der vor allem im Hauptort ausgeprägt ist, wo nicht wenige der Einzelhaushalte zugezogen sind. Dennoch wird auch in Cinzana-Gare von einigen Haushaltsvorständen der Einflussverlust des Großfamilienvorstands benannt:

„Die Verantwortung für Heiratsfälle [in der Familie] hat sich geändert. Der Großfamilienchef kann nicht mehr alleine über die Verheiratung seiner Töchter und Nichten entscheiden, ohne die Meinung anderer Personen [in der Familie] einzuholen.“

Unversicherter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Cinzana-Gare

Diese Verschiebungen auf Ebene der Entscheidungskompetenzen in Familie und Haushalt gehen laut der Befragten in Cinzana-Gare auch auf die zunehmende Bedeutung saisonaler Migration für die Befriedigung von Grund- und Konsumbedürfnissen zurück. Während der langen Trockenzeit gibt es in Cinzana-Gare nur begrenzt einkommensschaffende Möglichkeiten. Das treibt viele junge Männer und auch zunehmend Frauen dazu, temporär während der Trockenzeit bzw. für ein bis zwei Jahre zu migrieren. In Cinzana-Gare geben 72% der befragten Haushaltsvorstände an, zumindest ein Mitglied in der Großfamilie zu haben, das auf Wanderarbeit gegangen ist. Oft fallen vor allem die jungen Männer diese

Entscheidung allein, jedoch wird der Großfamilienvorstand darüber in der Regel informiert. Im Zuge ihrer Migration emanzipieren sich junge Männer und Frauen nicht nur, was ihre Heiratswahl angeht. Dadurch, dass sie notwendige monetäre Ressourcen zum Unterhalt der Familie beisteuern, haben sie auch mehr Mitspracherecht in verschiedenen, anderen Lebensbereichen. Dieses Phänomen spricht ein unversicherter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Kourouma an:

„Früher, als man auf Wanderarbeit ging, gab man alles dem Großfamilienchef. Aber jetzt behalten die Jungen, die aus der Migration wiederkommen, einen guten Teil für sich selbst.“

Viele Migrantinnen und Migranten versuchen während ihrer Zeit außerhalb der Familie, möglichst einen Teil des verdienten Geldes beiseite zu legen, um später ihre eigene Hochzeit finanzieren zu können. Oder sie bitten zumindest den Familienvorstand, Teile ihres mitgebrachten Geldes für ihre Hochzeit einsetzen zu dürfen.

Auch wenn in Cinzana-Gare ebenfalls eine große Anzahl Befragter den Verfall von bisher anerkannten Werten wie Respekt vor älteren Menschen und die Erziehung der Kinder durch Großfamilie und Gemeinschaft als negative Veränderung angibt (Kourouma: 47%; Cinzana-Gare: 55%), so geben in Cinzana-Gare leicht mehr Haushaltsvorstände die Entstehung neuer Werte als **positive** Veränderung an (Cinzana-Gare: 6%; Kourouma: 3%). Genannt werden vor allem die größere Freiheit der Jugend, die nicht mehr so hart erzogen wird, eine höhere Arbeitsmoral oder die Investition von Einnahmen der Jugend- und Dorfvereinigungen in dörfliche Infrastruktur und nicht in soziale Feierlichkeiten:

„Die Einnahmen aus den Gemeinschaftsfeldern werden nicht mehr nur für Feste und Zeremonien verwendet. Sie dienen als Ersparnis für das Dorf.“
Versicherter Haushaltsvorstand aus der Gesundheitszone Cinzana-Gare

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass veränderte Rahmenbedingungen unterschiedliche Prozesse des sozialen Wandels anstoßen und auf die Muster der Lebensführungen einwirken. Während in Kourouma ein kontinuierlich niedriger Weltmarktpreis für Baumwolle das Auseinanderbrechen der Großfamilien weiter vorantreiben und die Entscheidungsmacht des Großfamilienvorstands langsam aufbrechen würde, ist dieser Prozess in Cinzana-Gare schon weiter fortgeschritten. Aufgrund anderer Rahmenbedingungen, namentlich der ungünstigen klimatischen Bedingungen und der daraus erwachsenden Notwendigkeit zur saisonalen Wanderarbeit, sowie kleinerer Familieneinheiten einschließlich des Phänomens vieler Einzelhaushalte, ist die Verlagerung einiger Entscheidungskompetenzen von Familien- auf Haushaltsebene schon länger Normalität. Wie bereits erläutert, widerspricht das Beispiel Kourouma modernisierungstheoretischen Ansätzen,

wonach kapitalistische Produktionsweisen wie die Baumwollproduktion für den Weltmarkt zur allmählichen Auflösung traditioneller sozialer Einheiten wie Großfamilien und Dorfgemeinschaften führen und kleinere Familieneinheiten (Kernfamilien) hervorbringen. Im Gegenteil - erst der Niedergang des Baumwollanbaus und die Notwendigkeit zur Diversifizierung gefährdet die Institution der Großfamilie.

11. Schlussfolgerungen und Forschungsausblick

Die Schlussfolgerungen aus den vorliegenden, empirischen Befunden beziehen sich zum einen auf die entwicklungspolitische Praxis und die Frage, ob und wie die gesellschaftliche Reichweite gemeindebasierter Krankenkassen gesteigert werden kann. Zum anderen betreffen sie die Analyse sozialer Differenzierungen in afrikanischen Gesellschaften.

11.1. Förderung gemeindebasierter Krankenkassen und entwicklungspolitische Praxis

Die in Kapitel 10 vorgestellte Haushaltstypologie legt nahe, dass gemeindebasierte Krankenkassen ihr Potenzial zumindest in einigen Regionen des ländlichen Malis noch nicht ausgeschöpft haben und ihre gesellschaftliche Reichweite noch erhöhen können (Region Ségou, u. U. auch Kayes). In der Lokalität Cinzana-Gare macht dieses Potenzial immerhin fast 60% der untersuchten Haushalte aus. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung einer solchen freiwilligen Sicherungsform a priori offen gegenüber steht, erscheint es verfrüht, die Förderung gemeindebasierter Krankenkassen als formelle soziale Sicherungsform für kleinbäuerliche Bevölkerungen einzustellen. Entwicklungspolitisch betrachtet ist dies ein relevanter Befund, denn die Einbindung ländlicher Haushalte in nationale Krankenversicherungen kann auf absehbare Zeit in Ländern wie Mali weder finanziert noch technisch bewerkstelligt werden. Die vor kurzem in Mali eingeführte *Assurance Maladie Obligatoire* (AMO) deckt zunächst nur Angestellte des formellen Beschäftigungssektors ab. Ihre flächendeckende Umsetzung bereitet aber nicht nur aufgrund der instabilen politischen Verhältnisse im Norden des Landes bereits jetzt Probleme. In diesem Zusammenhang scheint es umso schwieriger, dass das für bedürftige Personen und Haushalte geplante *Régime d'Assistance Médicale* (RAMED) tatsächlich eingeführt und in der Folge größere Bevölkerungsteile durch öffentliche Quellen finanziell abgesichert werden. Insofern werden gemeindebasierte Krankenkassen zumindest mittelfristig eine der wenigen entwicklungspolitischen Optionen bleiben, um die soziale Gesundheitssicherung der großen Mehrheit ländlicher afrikanischer Bevölkerungen zu stärken. Gerade weil Teile der Bevölkerung bereits Erfahrungen mit diesen lokalen Versicherungen gemacht und sie mancherorts Vertrauen gefasst haben, sollte dieses Modell nicht fallengelassen, sondern machbare Verbesserungsmöglichkeiten angegangen werden. Der Staat kann wie im Falle Ghanas und Ruandas ein national organisiertes System einrichten, das bestehende formelle Sicherungsmechanismen wie die *mutuelles* integriert, um der Fragmentierung entgegenzuwirken und durch einen so möglichen, größeren Pool an Mitgliedern einen höheren Versicherungsschutz anbieten zu können. Ebenso

erlaubt die Integration, einen Rückversicherungsmechanismus zwischen den Kassen einzurichten.

Da aber selbst bei der Einführung einer Krankenkassenpflicht der Beitritt aufgrund der fehlenden staatlichen Durchsetzungsmöglichkeiten de facto freiwillig bleiben wird, sollte die Nachfrageseite zielgenauer angesprochen werden. Die vorliegenden Befunde legen einige Maßnahmen nahe, wie u. U. mehr Mitgliedern gewonnen werden könnten. Zum einen sollte stärker darauf geachtet werden, wo Krankenkasseninitiativen aufgebaut werden. Um ein Netz größerer lokaler Krankenversicherungen zu etablieren, würde es entsprechend der Befunde Sinn machen, zunächst in Regionen zu gehen, in denen kleinere Familien bzw. Einzelhaushalte sowie Wanderarbeit stärker verbreitet sind. Wanderarbeiter bringen Wissen und Erfahrungen im Umgang mit Produkten der Moderne zurück in die ländlichen Haushalte und Familien, weshalb Letztere oftmals offener gegenüber solchen Produkten sind. Bei kleineren Familien besteht eher Bedarf für eine formelle Sicherungsform, da die familiären Sicherungsnetze weniger stark sind. Außerdem haben sie größere Entscheidungsfreiheit. Bei Großfamilien, wie sie in der Region Sikasso vorzufinden sind, ist der Handlungsspielraum auf Haushaltsebene eingeschränkter. Zudem bestehen intrafamiliäre Sicherungsmechanismen, die weniger kostenträchtige Gesundheitsrisiken, wie sie die *mutuelles de santé* bisher vor allem abdecken, finanziell bewältigen können. Diese Aspekte können in Machbarkeitsstudien von Anfang an in Augenschein genommen werden. Zum anderen gilt ebenso für bereits bestehende Kassen, ihre Mitgliederwerbung insbesondere auf Einzelhaushalte und solche aus kleineren Familieneinheiten auszurichten. Für die Krankenkassenführung wäre es mit relativ wenig Aufwand verbunden, systematisch zu erschließen, welche Haushalte im Einzugsgebiet der Krankenkasse einer großen bzw. kleineren Familie angehören oder alleine leben. Etwas schwieriger gestaltet sich dies, wenn man die Offenheit der Haushalts- und Familienvorstände in Bezug auf Produkte der Moderne ermitteln will. Dies ist für ein Krankenkassenmanagement kaum zu bewerkstelligen. Jedoch lässt sich anhand der vorliegenden Befunde zu den Orientierungen von Haushaltsvorständen schlussfolgern, dass es Sinn machen würde, verstärkt Haushaltsvorstände mit federführenden Funktionen in lokalen Vereinigungen anzusprechen. Ein Teil von ihnen ist womöglich aufgrund einer gewissen Offenheit gegenüber sozialen Neuerungen nicht nur bereit, selbst beizutreten. Sie könnten auch Überzeugungsarbeit in ihren jeweiligen Organisationen und Familien leisten.

Solche Maßnahmen mögen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine kritische Masse an Versicherten zu erreichen, die als ausreichend großer Pool die finanzielle Nachhaltigkeit der Kassen sichert, selbst wenn für Letztere auch ein solides Management von Nöten ist.

Aber höhere Versichertenzahlen erlauben gerade, neben ehrenamtlichen Verantwortlichen auch eine qualifizierte Kraft anzustellen, die die Verwaltung der Kasse und Überprüfung der Leistungsansprüche übernimmt. Und dennoch zeigen die Befunde, dass die ehrenamtlichen Krankenkassenverantwortlichen eine

bedeutende Rolle haben. Sie schaffen in einem sozialen Kontext, in dem solidaritätsgesteuerte Organisationsformen vorherrschend sind, die auf **personalisierter** Reziprozität beruhen, schrittweise Vertrauen für **anonymisierte** Reziprozität. Sofern diese ehrenamtlichen Verantwortlichen engagiert und einigermaßen kompetent sind, vertrauen die Versicherten darauf, dass sie die ihnen nicht bekannten Versicherten kontrollieren. Dies ermöglicht, dass gemeindebasierte Krankenkassen als auf anonymisierter Reziprozität basierende Sicherungsformen Elemente personalisierter Reziprozität beibehalten, die ihnen Akzeptanz sichert. Allerdings weisen die Befunde dieser Arbeit darauf hin, dass die Krankenkassenverantwortlichen möglichst aus unterschiedlichen Dörfern des Einzugsgebiets kommen sollten, damit Haushalte flächendeckend beitreten. Diese Empfehlung ist einmal mehr für Regionen wie die von Kourouma relevant, wo es aufgrund der Präsenz von Großfamilien ohnehin schwieriger ist, Mitglieder zu gewinnen. Ruft man sich in Erinnerung, dass solidaritätsgesteuerte Formen vor allem „in begrenzten sozialen Beziehungen innerhalb kleiner und mittlerer Kollektive oder zwischen kleinen Kollektiven leistungsfähig (Neubert 1990: 554)“ sind, so wird diese Strategie dann an ihre Grenzen stoßen, wenn die Kassen tatsächlich eine größere Versichertenzahl erreicht haben. Ab einer bestimmten Größe wird es zu einer Herausforderung, trotz eines Netzes an ehrenamtlichen Krankenkassenverantwortlichen in vielen Dörfern das Prinzip personalisierter Reziprozität aufrechterhalten zu können. Entscheidend wird dann sein, inwiefern über einen längeren Zeitraum Vertrauen aufgebaut werden konnte, dadurch dass das Management solide und die Leistungen qualitativ gut sind. Mit Blick auf soziale Kontexte, wie sie in Kourouma bestehen, muss darauf geachtet werden, dass neue, formelle Sicherungsformen wie die Krankenkasse bestehende informelle Mechanismen nicht konkurrenzieren bzw. schwächen. Dort bündeln Großfamilien Ressourcen in Gemeinschaftskassen, mit denen häufig vorkommende, aber nicht kostenintensive Basisbehandlungen (*high probability-low risk events*) finanziert werden können. Dies sind die Leistungen, die gemeindebasierte Versicherungen bisher vor allem abdecken. Daher wäre es sinnvoll, z. B. das Leistungspaket auf selten vorkommende, kostenträchtigere Gesundheitsrisiken (*low probability-high risk events*) auszudehnen bzw. auszurichten. Dies bedeutet, dass je nach lokalem Kontext und Heterogenität der jeweiligen potenziellen Versicherten ein ausdifferenzierteres Leistungsangebot mit Optionen die Attraktivität des Krankenkassenschutzes und damit die Versichertenraten steigern könnte.

Schließlich lässt sich am Beispiel der niedrigen Versichertenraten gemeindebasierter Krankenkassen aufzeigen, dass eine **umfassendere** Untersuchung sozialer Differenzierungen für die gesellschaftliche Reichweite ganz unterschiedlicher entwicklungspolitischer Interventionen von Relevanz ist, denen es an Akzeptanz mangelt. Eine Ursachenanalyse, die über die „Angebotsseite“ und die sozioökonomische Lage der potenziellen Nutzer hinausgeht, erlaubt zu klären, wer solchen Interventionen tatsächlich offen gegenüber ist und wer nicht. Nur so lässt sich abschätzen, welche gesellschaftliche Reichweite die jeweiligen Interventionen

tatsächlich potenziell haben. Für die Akzeptanz sozialer Neuerungen wie des Versicherungsschutzes ist es unabdingbar zu wissen, wer auf Haushalts- und Familienebene die Entscheidungsfindung beeinflusst, ob die angebotenen Dienste und Maßnahmen mit ihren Werthaltungen und Einstellungen vereinbar sind bzw. ob sie Alternativen haben. Das Konzept der Lebensführungsmuster bietet sich für solche Abklärungen an.

11.2. Analyse sozialer Differenzierungen in afrikanischen Gesellschaften

Was die Sozialstrukturanalyse afrikanischer Gesellschaften betrifft, so zeigen die vorliegenden Befunde, dass eine umfassendere und systematische Untersuchung sozialer Differenzierungen empirisch sowohl machbar als auch ergiebig ist. Der vorgestellte Bezugsrahmen, der auf Grundlage von Müllers Lebensstilkonzept analytisch sozioökonomische Lagen mit soziokulturellen Differenzierungselementen sowie mit intrafamiliären und Haushaltsstrukturen einschließlich ihrer Entscheidungsfindungsmuster verknüpft, lässt sich durch den gewählten Methoden-Mix auch im afrikanischen Kontext angemessen operationalisieren. Zudem können sowohl soziokulturelle Orientierungen, als auch die Verbreitung von Lebensführungsmustern an sich quantifiziert werden, ohne den sozial-räumlichen und sozio-politischen Kontext außer Acht zu lassen, in denen Haushalte leben und die ihre Lebensführungsmuster mit prägen.

Jedoch müssen die konstituierenden Dimensionen von Lebensführungsmustern mit Elementen gefüllt werden, die in dem jeweiligen zu untersuchenden lokalen Kontext differenzierungsrelevant sind. Dies wurde in der vorliegenden Arbeit für das **ländliche Mali** versucht. Um einer übergreifenden Sozialstrukturanalyse Afrikas näher zu kommen, kann der vorgestellte Bezugsrahmen nicht mehr als ein Ausgangspunkt sein. Für seine Anwendung in anderen Kontexten Afrikas müssten die jeweils lokal relevanten Elemente dementsprechend berücksichtigt werden. Während für andere, ländliche Milieus Afrikas die Elemente der sozioökonomischen Dimension bzw. der Haushalts- und Familienstruktur zu einem gewissen Grad standardisierbar erscheinen, gilt dies womöglich nicht für urbane Milieus. Daher bräuchte es nicht nur weitere Untersuchungen in ländlichen Gegenden, sondern vor allem Analysen in urbanen Milieus. Nur so ließen sich schrittweise generische Elemente der jeweiligen Dimension herausfiltern, die in unterschiedlichen Milieus relevant sind. Pionierarbeit muss insbesondere im Bereich der soziokulturellen Orientierungen bzw. Werthaltungen und Einstellungen geleistet werden. Hier hat die vorliegende Forschung nur einen Anfang gemacht. Zum einen fokussierte diese Arbeit auf Einstellungen und Wertorientierungen, die a priori einen Einfluss auf den Krankenkassenbeitritt haben. Zum anderen wurden diese Einstellungs- und Wertedimensionen im Rahmen einer explorativen Forschungsphase als relevant für das ländliche Milieu Malis ermittelt. Diese mögen anderswo nicht alle denselben Stellenwert haben. Daher sind weitere Forschungen zu quantifizierbaren

soziokulturellen Differenzierungen auf Ebene von Werthaltungen und Einstellungen sowohl in ländlichen als auch urbanen Milieus verschiedener Gesellschaften nötig. Nichtsdestotrotz legen die Befunde offen, dass einige Elemente der westlichen Lebensstilanalyse wie z. B. Fragen zur Zukunftsperspektive und –Planung oder zur Einschätzung der gegenwärtigen Lebensbedingungen bzw. der Veränderungen in den lokalen Lebenswelten durchaus in beiden Welten relevant sind.

Im Zusammenhang mit dem verwendeten Methoden-Mix gibt es weitere Herausforderungen, die bei zukünftigen Forschungen zu berücksichtigen sind. Einerseits wurden im Rahmen der 600 Haushaltsbefragungen lediglich die Werthaltungen und Einstellungen der Haushaltsvorstände abgefragt. Da diese im ländlichen Mali fast ausnahmslos männlich sind, liegt hier ein *gender bias* vor. Dies hatte zum einen Kosten- und Zeitgründe: Die Befragung aller Ehefrauen hätte zusätzliche Mittel verlangt. Wenn stattdessen alternativ in der Hälfte der befragten Haushalte nur die Frauen interviewt worden wären, hätte dies im Kontext des ländlichen Malis zum anderen ein Akzeptanzproblem seitens der männlichen Haushaltsvorstände hervorgerufen. Die Einstellungen der männlichen Haushaltsvorstände erschienen für die vorliegende Fragestellung aber insofern besonders relevant, als im malischen Kontext vor allem sie in die Entscheidungsfindung auf Familienebene eingebunden sind. Zugleich wurden Werthaltungen wie die Wahrnehmung sozialer Veränderungen, lebensleitende Werte bzw. Planungsprioritäten abgefragt, die ein Stück weit die Wertebasis des Haushalts widerspiegeln. Die Perspektiven der Ehefrauen wurden bis zu einem gewissen Grad durch die Einzelbefragungen in acht Familien bzw. zwölf Haushalten eingefangen. Nichtsdestotrotz wäre im Rahmen der Haushaltsbefragungen die Ermittlung der Werthaltungen von Ehefrauen insbesondere aus Einzelhaushalten äußerst aufschlussreich gewesen, da diese dort ein deutlich größeres Mitspracherecht haben.

Ebenso wäre es ein Vorteil gewesen, sowohl die Verhandlungs- und Entscheidungsprozesse auf Haushalts- und Familienebene sowie die Nutzung verschiedener Solidaritätsformen (vgl. Steinwachs 2006) als auch den sozio-politischen Kontext und die daran anknüpfenden Akteurskonstellationen um die Krankenkasse genauer zu untersuchen. Dies war nicht möglich, da der Autor aufgrund seiner Berufstätigkeit keine längeren Aufenthalte in Mali absolvieren konnte.

Auf Ebene der Befunde wird in Bezug auf die Sozialstrukturanalyse Afrikas südlich der Sahara belegt, dass ländliche Bevölkerungen deutlich weniger homogen sind, als vielfach dargestellt. Die Studie zeigt anhand quantitativer Daten, inwiefern sich die untersuchten Haushalte im ländlichen Mali sozial differenzieren, nämlich nicht vorrangig auf Basis sozio-ökonomischer Lagen. Damit wird die Hypothese widerlegt, wonach Stadt-Land-Gegensätze **die** Differenzierungsebene afrikanischer Gesellschaften sind. Zudem unterstreicht die Bedeutung von soziokulturellen Differenzierungen und solcher auf Ebene der Familienstrukturen und Entscheidungsfindungsmuster einmal mehr, dass sozioökonomische Armut als

leitendes Differenzierungsmerkmal den Blick auf die komplexen sozialen Differenzierungen afrikanischer Gesellschaften verstellt, die auch für den Erfolg entwicklungspolitischer Maßnahmen von hoher Relevanz sind.

Wie die Ergebnisse, dass neben einer durch Wanderarbeit begünstigten Offenheit gegenüber sozialen Neuerungen die Familiengröße und Muster der Entscheidungsfindung Einfluss auf den Krankenkassenbeitritt haben, schließlich nahelegen, bedarf die Annahme komplexer Produkte der Moderne wie der Krankenkasse einer gewissen sozialstrukturellen Grundlage. In diesem Zusammenhang stellt die präsentierte Haushaltstypologie eine Momentaufnahme dar. Auch wenn sich Lebensführungsmuster nicht von heute auf morgen substantiell verändern, so sind sie doch stetigem sozialen Wandel unterworfen. Die vorliegende Forschung hat nur ansatzweise einige Elemente des sozialen Wandels, dem Lebensführungsmuster in den beiden untersuchten Lokalitäten ausgesetzt sind, einfangen können. Begrüßenswert wären in der Folge Längsschnittuntersuchungen (Panel- bzw. Trendanalysen), die aufzeigen, inwiefern sich über die Zeit die Lebensführungsmuster derselben Haushalte, die Verbreitung der unterschiedlichen Lebensführungsmuster und letztlich die sozialstrukturellen Grundlagen an sich verändern. Daher wäre es ebenso bedeutsam zu untersuchen, inwiefern die Akzeptanz von Produkten der Moderne wie der Krankenkassenmitgliedschaft soziale Differenzierungsprozesse auslöst, die in der Folge insbesondere sozioökonomische Unterschiede verstärken oder abschwächen.

12. Literaturverzeichnis

- ACCESS Project (2008): Concept Note for ACCESS II, 2008-2010. Improving Access to Effective Malaria Treatment and Care through Strengthened Healthcare Services and Patients' Resources. Unveröffentlichtes Projektdokument.
- Afrobarometer (2007): Afrobarometer Survey Findings. Summary of Results: Round 3. Afrobarometer Survey in Mali 2005. Abgerufen am 17. Februar 2007 unter www.afrobarometer.org/
- Alber, Erdmute und Tabea Häberlein (2011): Attachment and Care in West African Webs of Kinship. In: Bertram, Hans und Nancy Ehler (Hg.): Family, Ties, and Care. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 481-502.
- Alber, Erdmute und Tabea Häberlein (2010): Ethnologische Generationenforschung in Afrika. In: Alber, Erdmute, Beer, Bettina, Pauli, Julia und Michael Schnegg (Hg.): Verwandtschaft heute. Positionen, Ergebnisse und Perspektiven. Berlin: Reimer.
- Alber, Erdmute und Astrid Bochow (2006): Familienwandel in Afrika. Ein Forschungsüberblick. In: Paideuma 52, S. 227-250.
- Alesina, Alberto, Devleeschauwer, Arnaud, Easterly, William, Kurlat, Sergio und Romain Wacziarg (2003): Fractionalization. In: Journal of Economic Growth. 8 (2), S. 155-194.
- Allegri, de Manuela, Sanon, Mamadou und Rainer Sauerborn (2006a): A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. In: Social Science and Medicine. 62, S. 1520-1527.
- Allegri, de Manuela et al. (2006b): Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso. In: Bulletin of the World Health Organization 84 (11), S. 852-860.
- Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) (1991) : La mutualité aujourd'hui et demain. Gembloux: Duculot.
- ARPAD-Mali (2009): Rapport d'Identification de Projets dans la Commune Rurale de Kourouma Cercle de Sikasso. Unveröffentlichtes Dokument.
- Audibert, Martine und Eric de Roodenbeke (2005): Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali: Analyse de la situation et perspectives. Banque mondiale, Région Afrique, Département du développement humain.
- Badini-Kinda, Fatoumata (2005): The Gap between Ideas and Practices: Elderly Social Insecurity in Rural Burkina Faso. In : Jong, Willemijn, de, Roth, Claudia, Badini-Kinda, Fatoumata und Seema Bhagyanath: Aeging in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso. Münster: LIT Verlag, S. 139-166.
- Baeza, José L. et al. (2002): Extending Social Protection in Health Through Community Based Health Organizations. Evidence and Challenges. Discussion Paper. Universitas Programme. ILO.

- Baller, Susann (2002): Die Postkoloniale Stadt leben: Fußball, Theater, Soziales, Jugendliche in Pikine (Senegal). Magisterarbeit. Berlin: Humboldt-Universität.
- Band, Henri und Hans-Peter Müller (2001): Lebensbedingungen, Lebensformen und Lebensstile. In: Schäfers, Bernard und Wolfgang Zapf (Hg.): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. 2. Auflage. Opladen: Leske+Budrich, S. 427-435.
- Bauer, Kerstin (2007): Kleidung und Kleidungspraktiken im Norden der Côte d'Ivoire. Geschichte und Dynamiken des Wandels vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. Beiträge zur Afrika-Forschung. Band 30. Berlin und Münster: LIT-Verlag Dr. W. Hopf.
- Bayart, Jean-François (1989): L'Etat en Afrique. La politique du ventre. Paris.
- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Benda-Beckmann, Franz von und Keebet von Benda-Beckmann (2000) [1994]: Coping with Insecurity. In: Benda-Beckmann, F. von, Benda-Beckmann, K. von und H. Marks (Hrsg.): Coping with Insecurity: A "Underall" Perspective on Social Security in the Third World. Yogyakarta: Pustaka Pelajar and Focaal Foundation, S. 7-31.
- Benda-Beckmann, Keebet von (2005): Preface. In: Jong, Willemijn, de, Roth, Claudia, Badini-Kinda, Fatoumata und Seema Bhagyanath: Aeging in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso. Münster: LIT Verlag, S. 11ff.
- Bergman, Manfred Max (2008a): The Straw Men of the Qualitative-Quantitative Divide and their Influence on Mixed-Methods Research. In: Bergman, Manfred Max (Hg.): Advances in Mixed Methods Research: Theories and Applications. Sage, S. 11-21.
- Bergman, Manfred Max (2008b): Wither Mixed Methods? In: Bergman, Manfred Max (Hg.): Advances in Mixed Methods Research: Theories and Applications. Sage, S. 11-21.
- Berg-Schlosser, Dirk und Rainer Siegler (1988): Politische Stabilität und Entwicklung. Eine vergleichende Analyse der Bestimmungsfaktoren und Interaktionsmuster in Kenia, Tansania und Uganda. München
- Berg-Schlosser, Dirk (1979): Soziale Differenzierung und Klassenbildung in Kenya – Entwicklungen und Perspektiven. In: Politische Vierteljahresschrift 20, S. 312-329.
- Béridogo, B. (1999): La famille: structure et diversité. In: Bocquier, Philippe und Tiéman Diarra (Hg.): Population et société au Mali. Paris, Montréal: L'Harmattan, S. 121-140.
- Béridogo, B. (1982): Système de parenté et rapports de production chez les Sénoufo Cyigballa du Fologa. Thèse de doctorat de 3^{ième} cycle en sociologie. Paris, Université René Descartes Paris V.
- Berry, J. W. (1969). On cross-cultural comparability. In: International Journal of Psychology 4, S. 119–128.
- Betz, Joachim (2004): Soziale Sicherung in Entwicklungsländern: Ein Überblick. In: Betz, Joachim und Wolfgang Hein (Hg.): Neues Jahrbuch Dritte Welt. Soziale Sicherung in Entwicklungsländern. Opladen: Leske+Budrich, S. 7-31.

- Bierschenk, Thomas (1998): Lokale Entwicklungsmakler. Entwicklungshilfe schafft neue Formen des Klientelismus in Afrika. In: E & Z. Jg. 39, S. 322ff.
- Bocquier, Philippe und S. Diarra (1999): Migrations internes et internationales. In: Bocquier, Philippe und Tiéman Diarra (Hg.): Population et société au Mali. Paris, Montréal: L'Harmattan, S. 63-74.
- Bourdieu, Pierre (1982). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brandstetter, Anna-Maria (1999): Kleidung, Eleganz und Macht in Zentralafrika. In: Hahn, Hans-Peter und Spittler, Gerd (Hg.): Afrika und Globalisierung. Hamburg: LIT-Verlag, S. 55-64.
- Brandts, Alice (2005): Coping strategies of Dogon cultivators of the Northern escarpment. In: de Bruijn, Miriam, van Dijk, Han, Kaag, Mayke und Kiky van Til (Hg.): Sahelian pathways. Climate and society in Central and South Mali. African Studies Centre. Research Report 78. Leiden, S. 71-94.
- Bruijn, Miriam de und Han van Dijk (1995): Arid ways: cultural understanding of insecurity in Fulbe society, Central Mali. CERES Series no. 1. Wageningen und Amsterdam.
- Broetz, Gabriele (1993): Mali. In: Nohlen, Dieter und Franz Nuscheler (Hg.): Handbuch der Dritten Welt. Westafrika und Zentralafrika. Band 4. Bonn, S. 298-314.
- Bryceson, Deborah F. (2002): The Scramble in Africa: Reorienting Rural Livelihood. In: World Development. Vol. 30, No. 5, S. 725-739.
- Carrin, Guy (2002): Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. In: International Social Security Review, Vol. 55, 2.
- Castles, F. G. und D. Mitchell (1993): Worlds of Welfare and Families of Nations. In: F. G. Castles (Hg.): Families of Nations. Patterns of Public Policy in Western Democracies. Aldershot, S. 93-128.
- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Information (DNSI) und ORC Macro (2002): Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001. Calverton, Maryland, USA: CPS/MS, DNSI und ORC Macro.
- Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique (2004): Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique: Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays.
- Creswell John W., Plano Clark, Vicki L. und Amanda L. Garrett (2008): Methodological Issues in Conducting Mixed Methods Research Designs. In: Bergman, Manfred Max (Hg.): Advances in Mixed Methods Research: Theories and Applications. Sage, S. 66-83.
- Criel, Bart, Barry, Aissatou Noumou, von Roenne, Franz (2002): Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale. Brüssel: Medicus Mundi Belgien.
- Criel, Bart (2000): Local health insurance systems in developing countries: a policy research paper. Instituut voor Tropen Geneeskunde, Departement Volksgezondheit, Antwerpen. Commissioned by the Directorate-General International Co-operation, DGIC Brussels.

- Criel, Bart et al. (1996): Community Financing or Cost Recovery: Empowerment or Social Dumping. In: Tropical Medicine and International Health. Vol. 1 (3), S. 281f.
- Crouch, Colin (1999): Social Change in Western Europe. Oxford: University Press.
- Dekker, Marleen und Annegien Wilms (2010): Health Insurance and Other Risk-Coping Strategies in Uganda: The Case of Microcare Insurance Ltd. In: World Development. Vol. 38, No. 3.
- Dekker, Marleen (2006): Estimating wealth effects without expenditure data: an asset based wealth index for rural Ethiopia. In: Ethiopian Journal of Economics. Vol. 15, No 1, S. 35-54.
- Department for International Development – DFID (1999): Sustainable Livelihoods Guidance Sheets: Introduction – Overview 1.1. Abgerufen unter: <http://www.livelihoods.org> im Februar 2007.
- Desmet, Chowdury und Islam (1990): The potential for social mobilisation in Bangladesh: the organisation and functioning of two health insurance schemes. In: Social Science and Medicine. Vol. 48, S. 925-938.
- Dieckmann, Andreas (1998): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek: Rowohlt.
- Dijk, Han van, Foeken, Dick und Kiky van Til (2001): Population mobility in Africa: an overview. In: Van Dijk, Rijk, Foeken, Dick und Miriam de Bruijn (Hg.): Mobile Africa. Changing patterns of movement in Africa and beyond. Leiden: Brill, S. 9-26.
- Diop, François, Yazbeck, A. und R. Bitran (1995): The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. In: Health Policy and Planning. Vol. 10, S. 223-240.
- Dreyfus, Michel (1988): La mutualité, une histoire maintenant accessible. Collection Racines mutualistes. Mutualité française.
- Dror, David M. (2001): Reinsurance of health insurance for the informal sector. In: World Health Bulletin. 79. Genf, S. 672-678.
- Dunning, Thad und Lauren Harrison (2009): Cross-cutting cleavages and ethnic voting: an experimental study of cousinage in Mali. Afrobarometer Working Paper No. 107.
- Eifert, Ben, Miguel, Edward und Daniel Posner (2007): Political Sources of Ethnic Identification in Africa. Afrobarometer Working Paper No. 89.
- Ekman, Björn (2004): Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. In: Health Policy and Planning, 19 (5), S. 249-270.
- Elsenhans, Hartmut (1997): Staatsklassen. In: Schulz, Manfred (Hg.): Entwicklung. Die Perspektive der Entwicklungssoziologie. Opladen, S. 161-185.
- Elsenhans, Hartmut (1981): Abhängiger Kapitalismus oder bürokratische Entwicklungsgesellschaft? Versuch über den Staat in der Dritten Welt. Frankfurt a. M. und New York.
- Elwert, Georg, Luig, Ute und Neubert, Dieter (1995): Soziale Sicherung aus sozialanthropologischer Sicht. Erstellt für den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Unveröffentlichtes Manuskript.

- Elwert, Georg, Evers, Hans-Dieter und Werner Wilkens (1983): Die Suche nach Sicherheit: Kombinierte Produktionsformen im sogenannten Informellen Sektor. In: Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 12 Jg., S. 281-296.
- Elwert, Georg (1989): Nationalismus, Ethnizität und Nativismus – über die Bildung von Wir-Gruppen. In: Waldmann, Peter und Georg Elwert (Hg.): Ethnizität im Wandel. Saarbrücken und Fort Lauderdale, S. 21-60.
- Elwert, Georg (1987): Ausdehnung der Käuflichkeit und Einbettung der Wirtschaft. Markt und Moralökonomie. In: Heinemann, K. (Hg.): Soziologie des wirtschaftlichen Handelns. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, S. 300-321.
- Esping-Andersen, Goran (1990): Three worlds of Welfare Capitalism. Cambridge.
- Evers, Hans-Dieter und Tilman Schiel (1988): Strategische Gruppen. Vergleichende Studien zu Staat, Bürokratie und Klassenbildung in der Dritten Welt. Berlin.
- Evers, Hans-Dieter und Heiko Schrader (1993): The moral economy of the trade. Ethnicity and developing markets. London und New York.
- Evers, Hans-Dieter (1987a): Schattenwirtschaft, Subsistenzproduktion und informeller Sektor. Wirtschaftliches Handeln jenseits von Markt und Staat. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 28, S. 353-366.
- Evers, Hans-Dieter (1987b): Subsistenzproduktion, Markt und Staat. In: Geographische Rundschau. 39, S. 136-140.
- Entwicklung und Zusammenarbeit (2011): Nur 28 Prozent aller Menschen sozial abgesichert. Jg. 52, 2011: 1, S. 8.
- Entwicklung und Zusammenarbeit (2010): Was der Staat tut. Jg. 51, 2010: 2, S. 70.
- Findley, S. E. (1994): Does drought increase migration? A study of migration from rural Mali during 1983-1985 drought. In: International Migration Review 28. No. 3, S. 539-553.
- Fischer, Hans (1996). Der Haushalt des Darius: Über die Ethnographie von Haushalten. Materialien zur Kultur der Wampar, Papua New Guinea. Band 3. Berlin: Reimer.
- Förster, Till (2002): „On se sait plus qui est qui“. Öffentlichkeit zwischen Dorf, Stadt und Staat. In: Paideuma. Mitteilungen zur Kulturkunde 48, S. 101-123.
- Fratkin, Elliott und Patricia Lyons Johnson (1990): Empirical Approaches to Household Organization. In: Human Ecology. Vol. 18, No. 4: 357-362.
- Galler, H. P. und N. Ott (1993): Empirische Haushaltsforschung. Erhebungskonzepte und Analyseansätze angesichts neuer Lebensformen. Frankfurt a. M. / New York.
- Gamble-Kelley et al. (2006): Approaches for scaling up community-based health financing schemes. Bethesda, MD: Partners for Health ReformPlus Project. Abt. Associates Inc.
- Gärtner, Melanie (2008): „Milagros in Mali“ oder „die Wahrnehmung des Fremden“. In: Rösenthaller, Ute und Mamadou Diawara (Hg.): Im Blick der Anderen. Auf ethnologischer Forschung in Mali. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, S. 22-47.
- Glatzer, Wolfgang (2001): Haushalte und Haushaltsproduktion. In: Schäfers, Bernard und Wolfgang Zapf (Hg.): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. 2. Auflage. Opladen: Leske+Budrich, S. 294-306.

- Goetze, Dieter (1992): Culture of Poverty. Eine Spurensuche. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 32. Sonderband zur Armut im Wohlfahrtsstaat.
- Goetze, Dieter (1970): Oscar Lewis' Hypothese von der „culture of poverty“: Zum Stand der Diskussion: In: Schmollers, H. (Hrsg.): Schmollers Jahrbuch für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. 90, S. 337-350.
- Griep, Selma (2005): Coping strategies of the Riimaybe in Debere (Douentza District). In: de Bruijn, Miriam, van Dijk, Han, Kaag, Mayke und Kiky van Til (Hg.): Sahelian pathways. Climate and society in Central and South Mali. African Studies Centre. Research Report 78. Leiden, S. 127-146.
- Gsänger, Hans (2004): Förderung der sozialen Sicherheit. Ein strategisches Feld der Entwicklungszusammenarbeit zur Erreichung des globalen Armutshalbierungszieles? In: Betz, Joachim und Wolfgang Hein (Hg.): Neues Jahrbuch Dritte Welt. Soziale Sicherung in Entwicklungsländern. Opladen: Leske+Budrich, S. 81-101.
- Gumber, A. (2001): Hedging the health of the poor: the case for community financing in India. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington D.C.: Weltbank.
- Guyer, Jane I. und Pauline E. Peters (1987): Conceptualizing the Household: Issues of Theory and Policy in Africa. In: Development and Change. Vol. 18, No. 2, S. 197-213.
- Guyer, Jane (1981). Household and Community in African Studies. In: African Studies Review 24, S. 87–137.
- Gwatkin, Davidson R. (2005): Assessing economic inequalities in health: contributions of the INDEPTH Health Equity Project. In: INDEPTH Network (Hg.): Measuring health equity in small areas. Findings from Demographic Surveillance Systems. Aldershot/Burlington: Ashgate, S. 185-201.
- Hahn, Hans-Peter (2005). Materielle Kultur. Eine Einführung. Berlin: Dietrich Reimer.
- Haidara, Abdel K. (1992): Ländliche Entwicklung und die „Tön“-Strategie in Mali: Möglichkeiten und Grenzen des endogenen Entwicklungsansatzes in Afrika.
- Hammel, E. A. (1980): Household structure in Fourteenth-century Macedonia. In: Journal of Family History. 5, S. 242-273.
- Hegner, Friedhart (1997): „Besser kluger Egoismus als scheinbarer Altruismus. Loyalität, Vertrauen und Reziprozität als Koordinationsmechanismus. In: Kaufmann, Franz-Xaver (Hrsg.): Modernität und Solidarität. Konsequenzen gesellschaftlicher Modernisierung. S. 301-329.
- Hein, Wolfgang (2004): Global Public Health – ein wichtiger Schritt auf dem Wege zu globaler Sozialpolitik. In: Betz, Joachim und Wolfgang Hein (Hg.): Neues Jahrbuch Dritte Welt. Soziale Sicherung in Entwicklungsländern. Opladen: Leske+Budrich, S. 33-56.
- Health Systems 20/20 (2011): News: Mali Adopts National Community-based Health Insurance Policy. Abgerufen am 04.04.2011 unter www.healthsystems2020.org/content/news/detail/2827/.

- Hertrich, V. (1999): Mariages et migrations: les premiers signes du changement démographique chez les Bwa. In: Bocquier, Philippe und Tiéman Diarra (Hg.): Population et société au Mali. Paris und Montréal: L'Harmattan, S. 141-159.
- Hirschman, Albert O. (1988): Engagement und Enttäuschung: über das Schwanken der Bürger zwischen Privatwohl und Gemeinwohl. Suhrkamp, 1988.
- Hirschman, Albert O. (1974): Abwanderung und Widerspruch. Schriften zur Kooperationsforschung. A. Studien. Band 8. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).
- Hoffmann, Barbara G. (2000): Griots at war. Indianapolis: Bloomington.
- Hohmann, Jürgen, Weber, Axel, Herzog, Christian und Bart Criel (2001): InfoSure. Health Insurance Evaluation Methodology and Information System. A concept for collecting, processing and publishing data on health insurance systems. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH. Wiesbaden.
- Huber, Götz, Hohmann Jürgen und Kirsten Reinhard (2003): Mutuelles de santé - 5 années d'expériences en Afrique de l'Ouest. Débats, controverses et solutions proposées.
- Hondrich, Karl Otto (1995). Differenzierung, soziale. In: Bernhard Schäfers (Hg.): Grundbegriffe der Soziologie. Opladen: Leske + Budrich, S. 35–40.
- Holst, Jens (2004): Gesundheitsfinanzierung im Zeitalter der Globalisierung. In: Zeitschrift Entwicklungspolitik. 17, S. 37-43.
- Hradil, Stefan (2006): Die Sozialstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, Stefan (1995): Die „Single-Gesellschaft“. München: C.H. Beck.
- Hradil, Stefan (1987): Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Opladen: Leske und Budrich.
- Imperato, Pascal James und Gavin H. Imperato (2008): Historical Dictionary of Mali. 4. Auflage. Scarecrow Press.
- INDEPTH Network (2005): Measuring Health Equity in Small Areas. Findings from Demographic Surveillance Systems. Aldershot und Burlington: Ashgate.
- Initiative pour un Meilleur Accès aux Services de Santé dans la Région de Ségou (2011): Rapport annuel. Unveröffentlichtes Dokument.
- International Labour Office (ILO) (2001): La micro-assurance santé en Afrique. Guide en gestion administrative et financière des mutuelles de santé. Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté. Secteur de la Protection sociale. Genf.
- International Labour Office (ILO) (2000): Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place: manuel de formateurs. Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté. Department de la Sécurité sociale. Genf.
- International Labour Office (1958): Social Security: A Workers' Education Manual. Geneva.
- Jehu-Appiah, Caroline et al. (2011): Household perceptions and their implications for enrolment in the National Health Insurance Scheme in Ghana. In: Health Policy and Planning. doi: 10.1093/heapol/czr032. Online publiziert am 18.04.2011.

- Johnson, Allen W. (1978): Quantification in Cultural Anthropology. Stanford : Stanford University Press.
- Jones, Rachel A. (2007): « You Eat Beans ! Kin-Based Joking Relationships, Obligations, and Identity in Urban Mali. Senior Honors Thesis. Anthropology Department, Macalester College.
- Jowett, M. (2003): Do informal risk sharing networks crowd out public voluntary health insurance? Evidence from Vietnam. In: Applied Economics. Vol. 35, S. 333-342.
- Jowett, M., Contoyannis, P und ND Vinh (2003): The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam: In: Social Science and Medicine. Vol. 56, S. 333-342.
- Jütting, Johannes P. (2005): Health insurances for the poor in developing countries. Aldershot und Burlington: Ashgate.
- Jütting, Johannes P. (2004): Soziale Sicherung in Entwicklungsländern. Herausforderungen und Lösungsansätze. In: Betz, Joachim und Wolfgang Hein (Hg.): Neues Jahrbuch Dritte Welt. Soziale Sicherung in Entwicklungsländern. Opladen: Leske+Budrich, S. 103-118.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1984): Solidarität als Steuerungsform - Erklärungsansätze bei Smith. In: Kaufmann, Franz-Xaver und H.-G. Krüsselberg (Hrsg.), Markt, Staat und Solidarität bei Adam Smith. Frankfurt a. M.: Campus, S. 158-184.
- Kohlmorgen, Lars (2004): Globalisierung, Global Governance und globale Sozialpolitik. In: Betz, Joachim und Wolfgang Hein (Hg.): Neues Jahrbuch Dritte Welt. Soziale Sicherung in Entwicklungsländern. Opladen: Leske+Budrich, S. 57-79.
- Kößler, Reinhart (1994): Postkoloniale Staaten. Elemente eines Bezugsrahmens. Schriften des Deutschen Übersee-Instituts. Hamburg.
- Kouyaté, Mamadou Lamine M. (1998): L'Action sanitaire et sociale dans les Caisses de sécurité sociale en Afrique francophone. Etude de cas du Mali. In: Association internationale de la sécurité sociale: Problèmes et perspectives de la sécurité sociale dans les pays francophones d'Afrique. Documentation de sécurité sociale. Série africaine No 20.
- Kouyaté, Siriman (2003): Le cousinage à Plaisanterie. Notre Héritage Commun. Conakry : Editions Ganndal.
- Klute, Georg (1999): Vom Krieg zum Frieden im Norden von Mali. In: Hahn, Hans-Peter und Spittler, Gerd (Hg.): Afrika und Globalisierung. Hamburg: LIT-Verlag, S. 455-472.
- Krech, Rüdiger und Jean-Olivier Schmidt (2006): Zielgenau absichern. In: Entwicklung und Zusammenarbeit. Jg. 47, 2006: 11. S. 411ff.
- Krings, Thomas (2006): Sahelländer. WBG-Länderkunden. Darmstadt: WBG.
- Kuagbenou, V. K. (1999): Les Maliens en France. In: Bocquier, Philippe und Tiéman Diarra (Hg.): Population et société au Mali. L'Harmattan: Paris und Montréal, S. 89-102.
- Kusch, Philip (2010): Nützliche Pflichtveranstaltung. In: Entwicklung und Zusammenarbeit. Jg. 51, 2010: 2, S. 78f.

- Labhardt, Niklaus Daniel et al. (2008): Provider-patient interaction in rural Cameroon – How it relates to the patient's understanding of diagnosis and prescribed drugs, the patient's concept of illness, and access to therapy. In: Patient Education and Counseling, doi:10.1016/j.pec.2008.12.020.
- Lachenmann, Gudrun (2004): Dezentralisierung und lokale Bewegungen. In: Lührs, V., Kohls, A. und D. Kumitz (Hg.): Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Afrika. Festschrift für Manfred Schulz. Münster, S. 54-81.
- Lachenmann, Gudrun (2003): Globalisation and Localisation of Health Care in Poor Countries in Africa. In: Hein, Wolfgang und Lars Kohlmorgen (Hs.): Globalisation, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries. An Exploration into the Dynamics of Interfaces. Schriften des Deutschen Übersee-Instituts. Nr. 60. Hamburg, S. 305-314.
- Lanza, Stephanie T., Collins, Linda M., Lemmon David R. und Joseph L. Schafer (2007): PROC LCA: A SAS Procedure for Latent Class Analysis. In: Struct Equ Modeling. 14 (4), S. 671-694.
- Leibfried, S. (1990): Sozialstaat Europa? Integrationsperspektiven europäischer Armutsregimes. In: Nachrichten des Vereins für öffentliche und private Fürsorge. 70, S. 295-305.
- Leisinger, Klaus M. (1995): Gouvernanz oder: "Zu Hause muss beginnen, was leuchten soll im Vaterland". In: Leisinger, Klaus M. und Vittorio Hösele (Hg.): Entwicklung mit menschlichem Antlitz. Die Dritte und die Erste Welt im Dialog. München: Verlag C.H. Beck, S. 114-172.
- Leisinger, Klaus M. (1985): Health Policy for Least Developed Countries. Social Strategies - Monographs on Sociology and Social Policy. Vol. 16. Herausgegeben von Paul Trappe. Basel.
- Leisinger, Klaus M., Schmitt, Karin und ISNAR (1996): Survivre au Sahel. Un défi pour l'écologie et la politique de développement. Den Haag: International Service for National Agricultural Research.
- Lentz, Carola (1995): «Tribalismus» und Ethnizität in Afrika – ein Forschungsüberblick. In: Leviathan. 1, S. 115-145.
- Lerner, Daniel (1971): Die Modernisierung des Lebensstils: eine Theorie. In: Zapf, Wolfgang (Hg.): Theorien des sozialen Wandels. Köln und Berlin: Kiepenheuer und Witsch, S. 362-381.
- Lewis, Oscar (1970): "The culture of poverty". In: Lewis, Oscar (Hg.): Anthropological essays. New York: Random House, S. 67-80.
- Löfwander, Torild (1983): Die sozialökonomischen Verhältnisse der bäuerlichen Bevölkerung in der Republik Mali. Berlin: Akademie-Verlag.
- Macamo, Elisio und Dieter Neubert (2008): The New and its Temptations. Products of Modernity and their Impact on Social Change in Africa. In: Adogame, Afe, Echter, Magnus und Vierke, Ulf (Hg.): Unpacking the New: Critical Perspectives on Cultural Syncretization in Africa and Beyond, S. 267-299.
- Mayntz, Renate (2004): Governance Theory als fortentwickelte Steuerungstheorie? MPIfG working paper. No 04/1, <http://hdl.handle.net/10419/44296>

- Mayntz, Renate und Fritz W. Scharpf (1995): Der Ansatz des akteurszentrierten Institutionalismus. In: Mayntz, Renate und Fritz W. Scharpf (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt am Main: Campus. S. 39-72.
- Messner, Dirk (2001): Armut und Reichtum in der Welt. Informationen zur politischen Bildung. Heft 274. Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung.
- Miller Franco, Lynn et al. (2008): Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. In: Bulletin of the WHO, Vol. 86, No 11, S. 830-838.
- Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte contre la Pauvreté au Mali et Programme des Nations Unies pour le Développement (2006): Profil de Pauvreté du Mali 2001. Bamako.
- Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (2005): Outils de Suivi et de Contrôle des Mutuelles pour l'Exercice de la Tutelle. In Zusammenarbeit mit dem Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France.
- Mladovsky, Philipa und Elias Mossialos (2008): A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. In: World Development 36(4): 590–607.
- Müller, Hans-Peter (1992a): Sozialstruktur und Lebensstile. Der neuere theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Müller, Hans-Peter (1992b): De gustibus non est disputandum? Bemerkungen zur Diskussion um Geschmack, Distinktion und Lebensstil: In: Eisendle, R. (Hg.): Produktkulturen: Dynamik und Bedeutungswandel des Konsums. Frankfurt a. Main: Campus, S. 117-134.
- Müller, Hans-Peter (1989): Lebensstile. Ein neues Paradigma der Differenzierungs- und Ungleichheitsforschung? In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 41, S. 53-71.
- Müller, Ernst Wilhelm (1992): Sozialethnologie. In: Fischer, Hans (Hg.): Ethnologie. Einführung und Überblick. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, S. 149-183.
- Mwageni, Eleuther et al. (2005): Socio-economic status and health inequalities in rural Tanzania: Evidence from the Rufiji Demographic Surveillance System. In: INDEPTH Network (Hg.): Measuring health equity in small areas. Findings from Demographic Surveillance Systems. Aldershot und Burlington: Ashgate, S. 19-32.
- Narayan, Deepa, Chambers, Robert, Shah, Meera K. und Patti Petesch (2000): Voices of the Poor. Crying Out for Change. Oxford: Oxford University Press und Weltbank.
- Ndiaye, Pascal, Soors, Werner, Criel, Bart (2007): A view from beneath: Community Health Insurance in Africa. In: Tropical Medicine and International Health. Volume 12, No. 2, London: Blackwell, S. 157-161.
- Neelsen, John P. (1988): Strategische Gruppen, Klassenbildung und Staat in der Peripherie. Eine Kritik des Bielfelder Ansatzes. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 40, S. 284-315.

- Neubert, Dieter, Neef, Andreas und Rupert Friederichsen (2008): Interaktive Methoden: Erfahrungen mit der Verwendung von „Participatory Rural Appraisal“ (PRA) in der Forschung. In: Cappai, G. (Hrsg.): Methoden der Sozialforschung unter der Bedingung kultureller Fremdheit. LIT-Verlag: Münster und Hamburg. S. 95-126.
- Neubert, Dieter (2005): Kulturelle Differenz und Soziale Strukturierung in Afrika. In: Kößler, Reinhart, Kumitz, Daniel und Schultz, Ulrike (Hg.): Gesellschaftstheorie und Provokationen der Moderne. Gerhart Hauck zum 65. Geburtstag. Peripherie-Sonderband 1. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 178-192.
- Neubert, Dieter (2001a): Entwicklungssoziologie: empirische Wende und Ansätze zur neuen Theoriebildung. In: Soziologie (3), S. 48-63.
- Neubert, Dieter (2001b): Entwicklung unter dem Mikroskop. In: Entwicklung und Zusammenarbeit. Jg. 42, S. 216-219.
- Neubert, Dieter (1997): Sozialstrukturen/soziale Ungleichheit I. Afrika. In: Nohlen, Dieter, Waldmann, Peter und Ziemer, Klaus (Hg.): Lexikon der Politik- Band 4. Die östlichen und südlichen Länder. München: Beck, S. 534-540.
- Neubert, Dieter (1990): Von der traditionellen Solidarität zur Nicht-Regierungsorganisation. Eine steuerungstheoretische Analyse von Formen der Solidarität in Kenya. In: Kohl, Karl-Heinz Muszinski, Heinz Arnold und Strecker, Ivo (Hg.): Die Vielfalt der Kultur. Ethnologische Aspekte von Verwandtschaft, Kunst und Weltauffassung. Ernst Wilhelm Müller zum 65. Geburtstag. Berlin: Reimer, S. 548-571.
- Neubert, Dieter (1986): Städtische Arme auf der Suche nach Sicherheit und die kenyanische Sozialpolitik. In: Zeitschrift für Soziologie, Bd. 15, Nr. 4, S. 246-258.
- Niangado, Oumar, Barry, Aly und Alexander Schulze (2006): Renforcement des Services de Santé de Premier Niveau et Mise en Place d'une Mutuelle de Santé dans la Commune Rurale de Cinzana, Région de Ségou, Mali. Bilan de 5 ans. Basel und Bamako: Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung.
- North, Douglas (1990): Institutions, institutional change and economic performance. New York: Cambridge University Press.
- Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung (2010a): Achieving the Millennium Development Goals. The Contribution of Novartis.
- Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung (2010b): Novartis and the UN Global Compact. An inspirational guide to implementing the commitment. Basel.
- Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung (2008): Document de Référence - Période 2008-2010. Initiative pour un Meilleur Accès aux Services de Santé dans la Région de Ségou. Unveröffentlichtes Projektdokument.
- O'Connell, Thomas, Rasanathan, Kumanan und Mickey Chopra (2013): What does universal health coverage mean? In: The Lancet. Viewpoint. 15 August 2013. Online publiziert: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60955-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60955-1).
- Obrist, Brigit et al. (2007): Access to health care in contexts of livelihood insecurity: A framework for analysis and action. In: PLoS Med 4(10): e308.doi:10.1371/journal.pmed.0040308, S. 0001-0005.

- Obrist, Brigit (2006): Struggling for Health in the City. An anthropological inquiry of health, vulnerability and resilience in Dar es Salaam, Tanzania. Bern: Peter Lang Verlag.
- Odenthal, Frank (2011): Krankenkassen. Engagiert und entmutigt. In: Entwicklung und Zusammenarbeit Jg. 52, 2011: 3, S. 120ff..
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre und Thomas Birschenk (2003): Powers in the village: Rural Benin between Democratisation and Decentralisation. In: Africa 73 (2), S. 145-173.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre und Thomas Birschenk (1993): Les courtiers locaux de développement. In: Bulletin de l'Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement (APAD). 5, S. 71-76.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung / Entwicklungshilfesausschuss (1996): Shaping the 21st Century. Paris.
- Peuckert, Rüdiger (1995): Klasse, soziale. In: Bernhard Schäfers (Hg.): Grundbegriffe der Soziologie. Opladen : Leske + Budrich, S. 150–153.
- Polanyi, Karl (1957): The Great Transformation.
- Pollet, E. und G. Winter (1971): La société soninké (Dyahunu Mali). Brüssel: Université libre de Bruxelles. Etudes Ethnologiques.
- Population Reference Bureau (2014): 2014 World Population Data Sheet. Washington.
- Population Reference Bureau (2010): 2010 World Population Data Sheet. Washington.
- Preker, Alexander S. und Guy Carrin (Hg.) (2004): Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing. Weltbank. Washington.
- Preker, Alexander S. und John C. Langenbrunner (Hg.) (2005): Spending wisely: buying health services for the poor. Weltbank. Washington.
- Prud'Homme, Maxime und Bakary Traoré (2010): Innovationen in Sikasso. In: Entwicklung und Zusammenarbeit. Jg. 51, 2010: 2, S. 69ff.
- Ranson, MK et al. (2006): Making health insurance work for the poor: Learning from the Self-Employed Women's Association (SEWA) community-based health insurance scheme in India. In: Social Science and Medicine. Vol. 61, S. 1430-1438.
- Republik Mali (2006): Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté. CLSP 2^{ième} Génération 2007-2011. Document adopté par le Conseil des Ministres le 20 décembre 2006.
- Rompel, Dörte (2008): Heimat oder Exil? Identitätsentwicklung und Integration jugendlicher Repatriierter in Sikasso. In: Rösenthaller, Ute und Mamadou Diawara (g.): Im Blick der Anderen. Auf ethnologischer Forschung in Mali. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, S. 118-141.
- Roth, Claudia und Willemijn de Jong (2005): Conclusions. Aeging in Insecurity – Differences and Similarities. In : Jong, Willemijn, de, Roth, Claudia, Badini-Kinda, Fatoumata und Seema Bhagyanath: Aeging in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso. Münster: LIT Verlag, S. 178f.
- Ruel, Malcom (2002): The Structural Articulation of Generations in Africa. In: Cahiers d'Etudes africaines. 165, XLII-I, S. 51-81.
- Sachs, Jeffrey D. et al. (2001): Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Genf.

- Scardigli, Victor (1987): *L'Europe des modes de vie*. CNRS Edition: Paris.
- Schäfers, Bernhard (1995): Sozialstruktur. In: Ders. (Hg.): *Grundbegriffe der Soziologie*. 4. Auflage. Opladen: Leske+Budrich, S. 302-305.
- Schmid, Josef (2006): *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider, Nicole und Annette Spellerberg (1999): *Lebensstile, Wohnbedürfnisse und räumliche Mobilität*. Opladen: Leske+Budrich.
- Schneider, Pia (2005): Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda. In: *Social Science and Medicine* 61, S. 1430-1438.
- Schneider, Pia und François Diop (2004): Community-based health insurance in Rwanda. In: Alexander Preker und Guy Carrin (Hg.): *Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing*. Washington: World Bank, S. 251–274.
- Schneider, Pia und François Diop (2001): Impact of prepayment scheme pilot on health care utilization and financing in Rwanda: findings from final household survey. Bethesda: Partner for Health Reform Plus Project. Abt. Associates Inc..
- Schulte-Löbbert, Imke (2008): Rapattaque – HipHop in Mali. In: Rösenthaller, Ute und Mamadou Diawara (Hg.): *Im Blick der Anderen. Auf ethnologischer Forschung in Mali*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel, S. 142-163.
- Schulz, Dorothea E. (2012): *Culture and Customs of Mali*. Santa Barbara, Denver und Oxford: Greenwood.
- Schulz, Dorothea E. (1999): Lokalradios und die Transformation öffentlicher Räume in Mali. In: Hahn, Hans-Peter und Spittler, Gerd (Hg.): *Afrika und Globalisierung*. Hamburg: LIT-Verlag, S. 379-390.
- Schulze, Alexander (2010): Krankenkassenmitgliedschaft im ländlichen Mali. Eine neue Sicherungsform im Kontext sozialer Differenzierung. In: Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt (Hg.): *Medizin im Kontext. Gesundheit und Krankheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt a. M.: Peter Lang-Verlag, S. 305-328.
- Schulze, Alexander (2004): Ein einzelner Finger hebt keinen Stein. Mali: Einbettung einer lokalen Krankenkasse in einen integrierten Ansatz. In: *Zeitschrift Entwicklungspolitik*. 17/2004, S. 44-47.
- Schulze, Alexander (in Druck): Gemeindebasierte Krankenkassen im ländlichen Mali und das Problem niedriger Versichertenzahlen – welche Bedeutung hat der soziale Kontext? In: Wolf, Angelika, Niechzial, Michael und Eckhard Nagel (Hg.): *Krankenversicherung und soziale Sicherung in Afrika*. Münster: LIT-Verlag.
- Schulze, Gerhard (1992): *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schwinn, Thomas (2001): Institutionelle Differenzierung und soziale Ungleichheit. Die zwei Soziologien und ihre Verknüpfung. In: Schwinn Thomas (Hrsg.): *Differenzierung und soziale Ungleichheit. Die zwei Soziologien und ihre Verknüpfung*. S. 9-68.

- Sekhri, Neelam und William Savedoff (2005): Private health insurance: implications for developing countries. In: Bulletin of the World Health Organization. February, 83 (2); S. 127-134.
- Sen, Armatya K. (1981): Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation. Oxford: Clarendon.
- Simmel, Georg (1989): Philosophie des Geldes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Sinus Sociovision 2012: Informationen zu den Sinus-Milieus 2010, siehe www.sinus-milieus.de.
- Sissoko, Ibrahim Fagaye (2004): Der Demokratisierungsprozess in Afrika am Beispiel von Mali. Schriftenreihe Demokratie und Demokratisierungsprozesse. Band 1. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Spellerberg, Annette (1996): Soziale Differenzierung durch Lebensstile. Eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität in West- und Ostdeutschland. Berlin: Edition Stigma.
- Spittler, Gerd (1991): Armut, Mangel, und einfache Bedürfnisse. In: Zeitschrift für Ethnologie. 116, S. 65-89.
- Steinwachs, Luise (2006): Die Herstellung sozialer Sicherheit in Tanzania. Prozesse sozialer Transformation und die Entstehung neuer Handlungsräume. Münster: LIT-Verlag.
- Steuer, Noemi (2010): "Aujourd'hui tout le monde se méfie." Vertrauen im Kontext von HIV/AIDS in Mali. In: Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt (Hg.): Medizin im Kontext. Gesundheit und Krankheit in einer vernetzten Welt. Frankfurt a. M.: Peter Lang-Verlag, S. 371-387.
- Strässle, Andrea (2005): Die Krankenkassenfrau. In: NZZ Folio: Wie viel Gesundheit kostet. September. Zürich, S. 26f.
- Tankoano, Christophe S. und Alexander Schulze (2000): Etude sur la Pauvreté en Milieu Semi-Urbain: le Cas de Ouahigouya. Rapport final. Unveröffentlichtes Dokument.
- Tanzi, Vito (2006): Eine neue Rolle für den Staat. In: Entwicklung und Zusammenarbeit. Jg. 47: 11, S. 417-421.
- Tauchnitz, Thomas (1999): Krankenkassenorganisationen und gesellschaftliche Differenzierung in Deutschland im „langen“ 19. Jahrhundert. In: Soziale Welt. 50, S. 133-148.
- Transparency International (2014): Corruption Perception Index 2014.
- Tröger, Sabine (1999): *Mais-Insima* und Milch – Ausdruck von Freiheit und Modernität. Konsumvorlieben in Kulturosoziologischer Interpretation. In: Hahn, Hans-Peter und Spittler, Gerd (Hg.): Afrika und Globalisierung. Hamburg: LIT-Verlag, S. 75-88.
- United Nations Development Program – UNDP (2014): Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress. Reducing Vulnerabilities and Building Resilience.
- Veblen, Thorstein (1986): Theorie der feinen Leute. Frankfurt am Main: Fischer.
- Vereinte Nationen (2000): United Nations Millennium Declaration (A/55/L.2). New York.
- Verne, Markus (2007a): Armut als Lebensstil? Konsum und Besitz im ländlichen Niger. In: Paideuma. Mitteilungen zur Kulturkunde. Sonderdruck 53, S. 221-242.

- Verne, Markus (2007b): Der Mangel an Mitteln. Konsum, Kultur und Knappheit in einem Hausdorf in Niger. Beiträge zur Afrika-Forschung. Band 29. Berlin und Münster: LIT-Verlag Dr. W. Hopf.
- Vuarin, Robert (1997): Les entreprises de l'individu au Mali. Des chefs d'entreprises innovateurs dans le procès d'individualisation. In: Marie, Alain (Hg.): L'Afrique des individus. Itinéraires citoyens dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey). Paris: Karthala, S. 171-200.
- Vyas, Seema and Lilani Kumaranayake (2006): Constructing socio-economic status indices: how to use principal component analysis. In: Health Policy and Planning. 21, S. 459-468.
- Waelkens, Pia und Bart Criel (2004): Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne. Etat des Lieux et Reflexions sur un Agenda de Recherche. HNP Discussion Paper. Weltbank. Washington.
- Waelkens, Pia und Bart Criel (2002): Etude de la perception sociale de la MUCAS Maliando. In: Criel, Bart, Barry, Aissatou Noumou, von Roenne, Franz: Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale. Medicus Mundi Belgien: Brüssel.
- Weber-Pazmino, Goia (1991): Klientelismus. Annäherung an das Konzept. Dissertationsschrift. Zürich.
- Weltbank (2001): Attacking Poverty. World Development Report 2000/2001. Washington DC.
- Weltbank (1993): Investitionen in die Gesundheit. Weltentwicklungsbericht 1993. Washington DC.
- Weltbank (1999): Principles and Good Practice in Social Policy. Issues and Areas for Public Action. Washington.
- Weltgesundheitsorganisation (2013a): P4H – Social Health Protection Network. A global network for Universal Health Coverage and Social Health Protection. Genf.
- Weltgesundheitsorganisation (2013b): Weltgesundheitsbericht 2013: Research for Universal Health Coverage. Genf.
- Weltgesundheitsorganisation (2011a): Success Stories of Health Financing Reforms for Universal Coverage. Ghana. Genf.
- Weltgesundheitsorganisation (2011b): Success Stories. Building from the bottom, steering and planning from the top. Rwanda. Genf.
- Weltgesundheitsorganisation (2010): Weltgesundheitsbericht 2010: Health systems financing: the path to universal coverage. Genf.
- Weltgesundheitsorganisation (2000): Weltgesundheitsbericht 2000: Health systems - Improving performance. Genf.
- Whyte Reynolds, Susan, Alber, Erdmute und Sjaak van der Geest (2008): Generational connections and conflicts in Africa: an introduction. In: Alber, Erdmute, van der Geest, Sjaak van der Geest und Susan Whyte Reynolds (Hg.): Generations in Africa. Connections and Conflicts. Münster: LIT-Verlag, S. 1-23.
- Wilk, R. R. und R. M. Netting (1984a): Houesholds: Changing Forms and Functions. In: Netting, R. M., Wilk R. R. und E. J. Arnould (Hg.): Households. Comparative and

- Historical Studies of the Domestic Groups. Berkeley: University of California Press, S. 1-28.
- Wilk, R. R. und R. M. Netting (1984b): Introduction. In: Netting, R. M., Wilk R. R. und E. J. Arnould (Hg.): Households. Comparative and Historical Studies of the Domestic Groups. Berkeley: University of California Press, S. xiii-xxxviii.
- Wladarsch, Eveline (2010): Ein Huhn für die Krankheitsvorsorge. Zukunftsverständnis und Gesundheitssicherung in Burkina Faso. In: Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt (Hg.): Medizin im Kontext. Gesundheit und Krankheit in einer vernetzten Welt. Frankfurt a. M.: Peter Lang-Verlag, S. 329-345.
- Zanou, B. (1999): La population malienne en Côte d'Ivoire. In: Bocquier, Philippe und Tiéman Diarra (Hg.): Population et société au Mali. Paris und Montréal : L'Harmattan, S. 75-88.
- Zwaniécki, Dunja (2001): Social security arrangements in sub-Saharan Africa. Kölner Schriften zur Sozial- und Wirtschaftspolitik. Bd. 42. Regensburg: Transfer-Verlag.

Konsultierte Websites:

Concertation: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=2445>.
Letzter Besuch am 11.01.2015

MAXqda: www.MAXqda.de

Providing for Health: www.providingforhealth.org

Pwi: www.pwi.ch

Sinus Sociovision: <http://www.sinus-institut.de/loesungen/sinus-milieus.html>
Letzter Besuch am 18.1.2015

Swiss Tropical and Public Health Institute: www.swisstph.ch

Tagesschau: <http://www.tagesschau.de/ausland/mali-islamisten-101.html>, Letzter Besuch:
20.1.2015.

UN Global Compact: www.unglobalcompact.org. Letzter Besuch am 18.1.2015.

UN Millennium Development Goals: <http://www.un.org/millenniumgoals>. Letzter Besuch
am 18.1.2015.

UN Sustainable Development Goals: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgsproposal>

Anhänge

Anhang 1: Tabellen und Abbildungen

Tabelle 5: Übersicht Gruppendiskussionen

Gruppe	Grundcharakteristika	Anzahl Teilnehmender in Cinzana-Gare	Anzahl Teilnehmender in Kourouma
1. Jüngere Männer ohne Migrationserfahrung	25-45 Jahre	5	4
2. Jüngere Frauen ohne Migrationserfahrung	25-45 Jahre	4	4
3. Jüngere Männer mit Migrationserfahrung	25-45 Jahre	7	6
4. Jüngere Frauen mit Migrationserfahrung	25-45 Jahre	6	5
5. Ältere Frauen	Über 45 Jahre	3	5
6. Jüngere Haushaltsvorstände aus „kleinen Großfamilien“ ²³³	25-45 Jahre	5	3
7. Ältere Haushaltsvorstände aus „kleinen Großfamilien“	Über 45 Jahre	7	5
8. Jüngere Haushaltsvorstände aus „Großfamilien“ ²³⁴	25-45 Jahre	8	5
9. Ältere Haushaltsvorstände aus „Großfamilien“	Über 45 Jahre	4	5
10. Verantwortliche der örtlichen Krankenkasse	Aus verschiedenen Dörfern	6	7

²³³ Als „kleine Großfamilie“ wurden solche mit vier oder weniger Haushalten definiert.

²³⁴ Als „Großfamilie“ wurden solche mit mehr als vier Haushalten definiert.

Tabelle 6: Versichertenzahlen pro Dorf in der Gesundheitszone Cinzana-Gare (Stand Ende 2006)

Dorf	Entfernung zum nächsten Gesundheits- zentrum (in Km)	Befahrbarkeit der Verbindungs- straßen zum nächsten Gesundheits- zentrum*	Dorfbe- völkerung (September 2006)	Versicherte Personen (September 2006)	Anteil versicherter Personen an Dorf- bevölkerung in %	Anzahl befragter un- versicherter Haushalte, 1. Runde	Anzahl befragter ver- versicherter Haushalte, 1. Runde	Anzahl befragter un- versicherter Haushalte, 2. Runde	Anzahl befragter ver- versicherter Haushalte, 2. Runde
1. Cinzana-Gare	0	1	2'096	660	31,5%	27	16	12	5
2. Ouéndia	5	1	325	38	11,7%	7	3	4	2
3. Walambougou- Wéré	6	2	252	62	24,6%	6	2	2	1
4. Fambougou	9	1	1'037	82	8,0%	6	5	3	2
5. Macky-Wéré	8	2	146	4	2,7%	4	2	2	2
6. Cinzana Village	6	1	733	103	14,1%	11	3	4	2
7. Garo	6	2	578	94	16,3%	3	3	2	2
8. Kondogola	3	1	1'139	139	12,2%	22	6	11	3
9. Minankofa	6	2	392	67	17,1%	7	2	4	2
10. Douna	5	1	810	161	20,0%	7	6	2	3
11. Nabougou	6	1	508	67	13,2%	11	6	6	3
12. Sorobougou	8	1	475	26	5,5%	9	3	5	2
13. N'gakoro	15	1	789	82	10,4%	11	8	6	4
14. Sanogola	2	1	709	106	15,0%	14	7	6	3
15. Niatia	5	2	882	73	8,3%	24	3	10	3

Dorf	Entfernung zum nächsten Gesundheits- zentrum (in Km)	Befahrbarkeit der Verbindungs- straßen zum nächsten Gesundheits- zentrum*	Dorfbe- völkerung (September 2006)	Versicherte Personen (September 2006)	Anteil versicherter Personen an Dorfbe- völkerung in %	Anzahl befragter un- versicherter Haushalte, 1. Runde	Anzahl befragter ver- versicherter Haushalte, 1. Runde	Anzahl befragter un- versicherter Haushalte, 2. Runde	Anzahl befragter ver- versicherter Haushalte, 2. Runde
16. Kondia	6	3	993	86	9,0%	6	12	4	3
17. Siribougou- Wéré	7	2	260	3	1,2%	4	2	2	2
18. Wassadiala	9	2	163	39	23,9%	5	2	2	2
19. Wolona	9	3	271	3	1,1%	7	2	4	2
20. Kolonkolona	10	3	237	2	0,8%	7	1	4	1
21. Ndjekabougou	9	3	177	18	10,2%	4	3	2	2
TOTAL	-	-	12'972	1'915	14,8%	202	97	97	51

* **1** = Gute Straße, das ganze Jahr befahrbar; **2** = Annehmbare Straße, aber schwierig befahrbar während der Regenzeit; **3** = Schlechte Straße, während der Regenzeit nicht befahrbar

Tabelle 7: Versichertenzahlen pro Dorf in der Gesundheitszone Kourouma (Stand Anfang 2007)

Dorf	Entfernung zum nächsten Gesundheits- zentrum (in Km)	Befahrbarkeit der Verbindungs- straßen zum nächsten Gesundheits- zentrum*	Dorfbe- völkerung (März 2007)	Versicherte Personen (März 2007)	Anteil versicherter Personen an Dorfbevölkerung in %	Anzahl befragter un- versicherter Haushalte, 1. Runde	Anzahl befragter ver- versicherter Haushalte, 1. Runde	Anzahl befragter un- versicherter Haushalte, 2. Runde	Anzahl befragter ver- versicherter Haushalte, 2. Runde
22. Kourouma	0	1	2'898	406	14%	36	42	18	19
23. Kougouala	5	2	954	477	50%	21	49	6	24
24. Dougoubala	12	2	1'086	0	0%	26	0	11	0
25. Diélé	9	3	1'131	7	0,6%	17	2	9	2
26. Fôh	16	2	2'200	5	0,2%	45	1	20	1
27. Nizérébougou	11	3	986	0	0%	11	0	6	0
28. Tiogola	15	3	548	0	0%	9	0	5	0
29. Zaniénani	9	3	469	0	0%	9	0	4	0
30. Zagnébougou	5	3	661	30	4,5%	10	3	5	3
31. Nagnéguéla	7	3	1'524	0	0%	17	0	9	0
TOTAL	-	-	12'457	926	7,4%	201	97	93	49

* 1 = Gute Straße, das ganze Jahr befahrbar; 2 = Annehmbare Straße, aber schwierig befahrbar während der Regenzeit; 3 = Schlechte Straße, während der Regenzeit nicht befahrbar

Tabelle 8: Parameter des sozioökonomischen Indexes

Parameter, die für den sozioökonomischen Index berücksichtigt wurden	
Landwirtschaftliche Geräte	
1.	Daba
2.	Schubkarre
3.	Pflug
4.	Eselskarren
5.	Multifunktionsmaschine (zum Säen und Pflügen)
6.	Dreschmaschine
7.	Egge
8.	Brutapparat
9.	Mühle
10.	Sämaschine
11.	Hacke
12.	Traktor
13.	Zugtier(e)
Landwirtschaftliche Inputs	
14.	Dünger
15.	Kompost
16.	Pestizide
17.	Tierfutter
18.	Saatgut
19.	Subsistenzgrad (Anzahl Monate pro Jahr, während derer der Eigenbedarf mit eigener Getreideproduktion gedeckt werden kann)
20.	Anzahl Tiere (Ziegen, Schafe, Rinder und Esel)
Haushaltsgüter	
21.	Mückennetz
22.	Radio (mit/ohne Kassetten-/CD-Spieler)
23.	Fahrrad
24.	Motorrad oder Auto
25.	Fernseher
26.	Telefon
27.	Modernes Bett
28.	Synthetische Matratze
29.	Emaille-Geschirr und Töpfe
Behausung	
30.	Zementierte Hausmauern
31.	Wellblechdach
32.	Toilette mit zementiertem Boden
33.	Verbesserter Herd oder Gasherd

Behausung	
34.	Wasser aus Brunnen mit Bohrloch bzw. Wasserhahn
35.	Strom (Batterie, Solar, Elektrizität)
36.	Anzahl Zimmer
Bildung	
37.	Mindestens ein Haushaltsmitglied alphabetisiert in Lokalsprache
38.	Mindestens ein Haushaltsmitglied alphabetisiert in Französisch
39.	Mindestens ein Haushaltsmitglied, das die Primarschule absolviert hat

Tabelle 9: Sozioökonomische Charakteristika der untersuchten Haushalte

	Cinzana-Gare		Kourouma	
Sozioökonomische Parameter	Versichert	Unversichert	Versichert	Unversichert
Subsistenzgrad (Monate pro Jahr)	10.4	10.4	11.4	11
Haushaltsbesitz:				
Tiere (Rinder, Esel, Ziegen und/oder Schafe)	17	13	15	15
„Moderne“ Konsumgüter: Modernes Bett mit Holz- oder Metallrahmen, synthetische Matratze, Töpfe und Geschirr aus Emaille, Fernseher, Mofa/Moped/Auto	24.7%	11.4%	10.3%	5%
„Standard“- Haushaltsgüter: Mückennetz, Radio oder Kassetten/CD-Spieler mit Radio, Fahrrad	44.3%	37.6%	47.4%	39.8%
Tätigkeiten der Haushaltsmitglieder:				
Formale Anstellung	20.6%	4.5%	14.4%	6.5%
Tierzucht für den Markt	24.7%	12%	37.1%	27.4%
Gartenbau	23.7%	17.8%	75.3%	47.8%
Kleinhandel	45.4%	47 %	18.6%	28.4%
Unterstützung des Haushalts mit Geld durch Migrantinnen und Migranten aus der Großfamilie	68.9%	75.6%	65%	69%
Höchstes Alphabetisierungsniveau im Haushalt:				
Alle Mitglieder sprechen lediglich lokale Sprache(n) und können nicht schreiben	36.1%	48%	50%	46.8%
Mindestens ein Mitglied kann Französisch sprechen und schreiben	16.5%	26.2%	11.5%	19.4%
Höchstes Bildungsniveau im Haushalt:				
Mindestens ein Mitglied hat die Koranschule besucht	10.4%	29.2%	2.1%	10.5%
Mindestens ein Mitglied hat die Primarschule besucht	36.5%	21.3%	29.9%	15.4%

Tabelle 10: Ersparnisse und ihre Verwendung

	Cinzana-Gare		Kourouma	
Art des Ersparnis:	Versichert	Unversichert	Versichert	Unversichert
Ersparnis ausschließlich in Geld oder in Geld und Gütern	52.4%	40%	82%	66.9%
Ersparnis ausschließlich in Gütern (inklusive Tiere)	47.7%	60%	18.1%	33.2%
Verwendung des Ersparnis für:				
Gesundheit	59.8%	56.8%	78.4%	77.6%
Nahrung	63.9%	66.3%	67.0%	66.2%
Hochzeit, Taufe, Feiertage etc.	50.5%	48.7%	42.3%	41.8%
Gemeindesteuern	21.7%	21.6%	12.4%	24.4%
Bildung	8.3%	6%	17.5%	7%
Einkommensschaffende Tätigkeiten	10.3%	10.6%	20.6%	11.4%
Größere Konsumgüter	7.2%	3.0%	18.6%	12.9%
Unterstützung von Familie und sozialem Netzwerk	21.7%	21.6%	12.4%	24.4%

Tabelle 11: Geographische Distanz

	Cinzana-Gare			Kourouma		
	Versichert	Unversichert	p-Wert	Versichert	Unversichert	p-Wert
Durchschnittliche Distanz des Haushalts zum Gesundheitszentrum	5.6 Km	5.3 Km	0.114	3.1 Km	8.3 Km	0.000
Gute Befahrbarkeit der Straße (Wohnort zum Gesundheitszentrum)	67.7%	66.7%	-	55.7%	42.2%	-
Schlechte Befahrbarkeit der Straße (Wohnort zum Gesundheitszentrum)	15.6%	10%	-	8.3%	24.8%	-

Tabelle 12: Einschulung von Kindern

	Cinzana-Gare		Kourouma	
Kinder im Schulalter (bis 7 Jahre), die nicht zur Schule gehen	Versichert	Unversichert	Versichert	Unversichert
	32%	38.6%	38.1%	47.3%
Gründe für die Nicht-Einschulung:				
Jungen: Kosten des Schulbesuchs	25.8%	25.6%	13.5%	12.6%
Mädchen: Kosten des Schulbesuchs	29.0%	21.8%	5.4%	12.6%
Jungen: werden für Feldarbeit und Viehhüten gebraucht, Bevorzugung von Koranschule/ <i>médessa</i> , Schulbesuch nicht von Bedeutung	16.1%	15.4%	29.7%	45.3%
Mädchen: werden für Haushaltsarbeiten gebraucht, Bevorzugung von Koranschule/ <i>médessa</i> , Schulbesuch nicht von Bedeutung	12.9%	18.0%	32.4%	35.8%
Jungen: nur begrenzte Schulplätze vorhanden	0%	1.3%	21.6%	15.8%
Mädchen: nur begrenzte Schulplätze vorhanden	0%	1.3%	32.4%	22.1%

Tabelle 13: Haushaltsinterne und Familienstruktur der untersuchten Haushalte

Lokalität	Beide Lokalitäten		Cinzana-Gare			Kourouma		
Variable	Versichert	Unversichert	Versichert	Unversichert	p-Wert	Versichert	Unversichert	p-Wert
Durchschnittliches Alter des Haushaltsvorstands:	49	48	53	51		44	44	
<i>Unter 30 Jahre</i>	8.8%	14%	3.1%	6%		14.4%	22.1%	
<i>31-45 Jahre</i>	39.4%	35.8%	28.1%	35%		50.5%	36.7%	
<i>46-60 Jahre</i>	33.2%	27.6%	44.8%	31%		21.7%	24.1%	
<i>Über 60 Jahre</i>	18.7%	22.6%	24%	24%		13.4%	17.1%	
Familienstand des Haushaltsvorstands:								
Monogamie	49.5%	62.3%	51.6%	68.3%	0.009	47.4%	56.2%	0.206
Polygamie	45.9%	35%	40.2%	27.7%		51.6%	42.3%	
Anzahl Ehefrauen pro männlichem Haushaltsvorstand:								
<i>1 Ehefrau</i>	51.4%	62.4%	56.2%	70.2%		46.9%	54.8%	
<i>2 Ehefrauen</i>	40.5%	32.2%	33.7%	26.7%		46.9%	37.6%	
<i>3 Ehefrauen</i>	5.4%	4.1%	6.7%	2.1%		4.2%	6.1%	
Anzahl Haushalte pro Familie	6	4	3	3	0.507	8	5	0.001
<i>1 Haushalt</i>	19.1%	17.3%	28.9%	27.9%		9.3%	6.5%	
<i>2-4 Haushalte</i>	32%	50%	44.3%	52.2%		19.6%	47.7%	
<i>Mehr als 4 Haushalte</i>	49%	32.8%	26.8%	19.9%		71.1%	45.7%	
Anzahl Personen pro Haushalt	8	7	8	7		8	8	
<i>1-5 Personen</i>	30.4%	36.7%	27.8%	34.2%		33%	39.3%	
<i>6-10 Personen</i>	50%	46.4%	53.6%	52%		46.4%	40.8%	
<i>Mehr als 10 Personen</i>	19.6%	16.9%	18.6%	13.9%		20.6%	19.9%	

Tabelle 14: Entscheidungsfindung im Krankheitsfall

Entscheidungsbeteiligung im Krankheitsfall eines Haushaltsmitglieds	Cinzana-Gare		Kourouma	
	Versichert	Unversichert	Versichert	Unversichert
Generell im Krankheitsfall:				
Nur Haushaltsvorstand und/oder Ehefrau(en) und/oder kranke Person selbst in Entscheidungsfindung eingebunden	28%	25.3%	12.2%	12%
Im Falle des letzten milden Krankheitsfalls im Haushalt:				
Nur Haushaltsvorstand und/oder Ehefrau(en) und/oder kranke Person selbst in Entscheidungsfindung eingebunden	38.8%	45.3%	59.2%	55.4%
Im Falle des letzten schwerwiegenden Krankheitsfalls im Haushalt:				
Nur Haushaltsvorstand und/oder Ehefrau(en) und/oder kranke Person selbst in Entscheidungsfindung eingebunden	33.3%	37.9%	47.9%	43.8%

Tabelle 15: Wertschätzung verschiedener Gesundheitsanbieter

Gesundheitssicherung	Cinzana-Gare		Kourouma	
Wertschätzung der Gesundheitsanbieter	Versichert	Unversichert	Versichert	Unversichert
Im Falle des letzten milden Krankheitsfalls im Haushalt:				
Formelle, moderne Anbieter: Gesundheitszentrum, Krankenhaus	50%	35.8%	63.3%	31.5%
Informelle, moderne Anbieter: private Krankenpfleger, Straßenverkäufer	28%	33.7%	18.4%	22.8%
Traditionelle Anbieter: Heiler, Medizinalpflanzen	22%	29.5%	18.4%	44.6%
Im Falle des letzten schwerwiegenden Krankheitsfalls im Haushalt:				
Formelle, moderne Anbieter	78.3%	67.7%	85.4%	76.4%
Informelle, moderne Anbieter	8.7%	13.5%	0%	2.3%
Traditionelle Anbieter	13%	18.8%	14.6%	20.2%

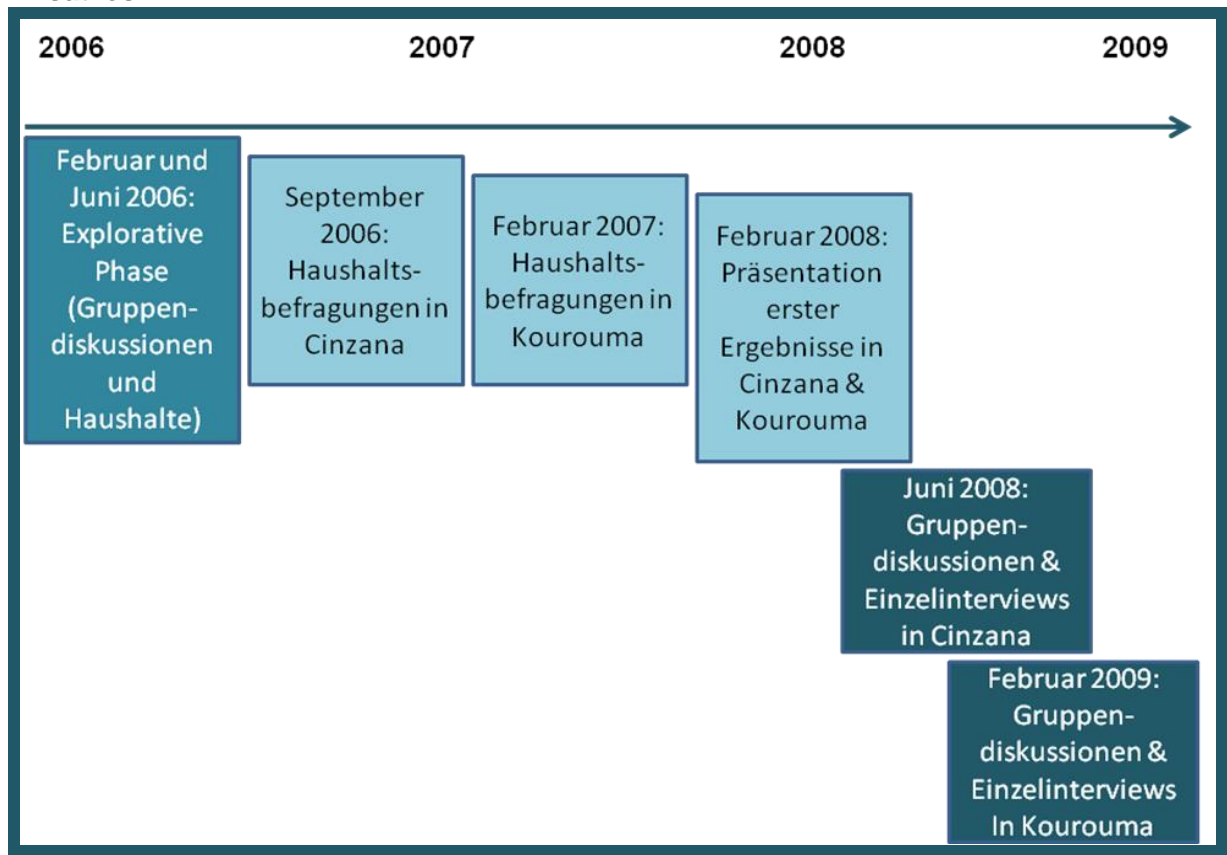
Tabelle 16: Gesundheitsversorgung im letzten Krankheitsfall

Gesundheitssicherung	Cinzana-Gare		Kourouma	
Gesundheitssicherungsverhalten	Versichert	Unversichert	Versichert	Unversichert
Im Falle des letzten, milden Krankheitsfalls im Haushalt: Konsultation von ausschließlich modernen, formellen Anbietern (Gesundheitszentrum, Krankenhaus)	28%	16.2%	40.8%	23.9%
Im Falle des letzten, schwerwiegenden Krankheitsfalls im Haushalt: Konsultation von ausschließlich modernen, formellen Anbietern (Gesundheitszentrum, Krankenhaus)	30%	24.2%	59.2%	42.4%
Begründung des Besuchs von formellen, modernen Anbietern beim letzten milden Krankheitsfall mit Krankenkassenmitgliedschaft	6%	-	18.4%	-
Begründung des Besuchs von formellen, modernen Anbietern beim letzten schwerwiegenden Krankheitsfall mit Krankenkassenmitgliedschaft	2%	-	16.3%	-

Tabelle 17: Krankheit als Risiko, Problem und Katastrophe

Gesundheitssicherung	Cinzana-Gare		Kourouma	
Krankheit als Lebensrisiko, Problem bzw. Katastrophe	Versichert	Unversichert	Versichert	Unversichert
Krankheit als Lebensrisiko genannt	94%	96%	95.9%	96.7%
Krankheit als tatsächlich eingetretenes Problem genannt	60%	75.8%	87.8%	70.7%
Krankheit als tatsächlich eingetretene Katastrophe genannt	36%	22.2%	22.5%	29.4%
Gesundheitssicherungsverhalten				
Krankenkasse als Strategie, um gesundheitsbezogene Lebensrisiken zu vermeiden	40%	6.1%	36.7%	1.1%
Krankenkasse als Mittel, um Gesundheitsprobleme zu bewältigen	6%	-	30.6%	-

Abbildung 10: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung im Rahmen des Mix Method-Ansatzes



Anhang 2: Frageleitfäden für die Gruppendiskussionen

Méthodologie pour les discussions de groupe

Sommaire

Règles de base pour les discussions de groupe:

- Chaque groupe consiste de 6 à 8 personnes
- Chaque groupe se compose de personnes de différents villages dans un endroit « neutre »
- Chaque groupe est entretenu par deux ou trois personnes : un ou deux enquêteur(s), une personne qui prend les notes (sous forme d'un procès verbal)
- ***Pour les groupes de femmes, l'équipe d'enquêteur est composée uniquement des femmes***
- ***Les discussions de groupe hommes / femmes pourraient être menées en parallèle***
- Aides : magnétophone, papier kraft, marqueurs, etc.

1. Groupe de discussion 1 – les responsables de la mutuelle

Objectifs : explorer les dynamiques locales, l'appartenance aux réseaux locaux / villageois, certains leaders d'opinion qui peuvent influencer l'adhésion d'autres acteurs à la mutuelle.

Moyens / aides méthodologiques :

- carte de l'aire de santé avec tous les villages et les pourcentages des bénéficiaires (par village) par rapport à la population villageoise;
- cartes de différente taille pour marquer les différents acteurs avec influence selon leur poids (grande carte=acteur avec influence)

Questions :

1. Quels sont les obstacles d'adhésion que vous avez rencontrés à travers votre travail de sensibilisation et de gestion dans les différents villages (de côté mutuelle, prestataire de services de santé, bénéficiaires potentiels)?
2. Quelles sont les raisons pour les différents pourcentages d'adhésion dans les villages ?
3. Y a-t-il des villages qui sont plus dynamiques / ouverts que d'autres ?
4. Y a-t-il des groupes / réseaux locaux et villageois / acteurs individuels qui favorisent / freinent l'adhésion des autres dans leur villages / dans l'aire ?

2. Groupe de discussion 2 – jeunes femmes avec expérience de migration (25-45 ans)

Objectifs : Explorer le rôle potentiel des migrantes pour le changement social et leur influence sur la prise de décision dans la famille et le village.

Moyens / aides méthodologiques :

- Cartes pour marquer des choses apportées (par catégorie : argent et biens, connaissances, valeurs et comportements)
- Ranking par rapport à ces différents changements apportés : quels sont les changements les plus importants ?

- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé etc.)
- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (du ménage et de la famille surtout) et leur poids (grande carte=acteur avec influence)
- Carte avec flèches entre les acteurs pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Question d'introduction

1. Où est-ce que vous êtes allé en exode rural ?
2. Qu'est-ce que vous avez fait là-bas ?
3. Pourquoi êtes vous allé en exode rural ?
4. Pourquoi êtes vous allé à cet endroit ?
5. Qui a décidé de votre départ ?

Changements apportés par les migrants

6. Quelles sont les choses que vous vues ou avez apprises en exode et que vous avez appréciées le plus ?
7. Qu'est-ce que vous avez apporté ou introduit (biens matériels, connaissances, valeurs et comportements) dans votre ménage, famille ou village ?
8. Comment avez-vous propagé ces idées et changements ?
9. Y avait-il des réactions négatives / de la résistance dans la famille ou dans le village par rapport à l'introduction de certains changements ?
10. De manière générale, est-ce que les (anciens) migrants sont souvent les initiateurs et/ou responsables des initiatives villageoises ?
11. Si oui, avez-vous des exemples ?

Influence des migrants sur le processus de prise de décision

12. Est-ce qu'on a l'habitude de vous demander votre avis / appui dans la famille ou dans le village par rapport à une décision à prendre parce que vous avez développé de la connaissance / du savoir à l'extérieur ?
13. Quels sont les domaines de décision pour lesquels vous êtes surtout sollicité (famille, village) ?
14. Comment se déroule la prise de décision dans chaque domaine ?
15. Qui est impliqué ?

3. Groupe de discussion 3 – jeunes hommes avec expérience de migration (25-45 ans)

Objectifs : Explorer le rôle potentiel des migrants pour le changement social et leur influence sur la prise de décision dans la famille et le village.

Moyens / aides méthodologiques :

- Cartes pour marquer des choses apportées (par catégorie : argent et biens, connaissances, valeurs et comportements)
- Ranking par rapport à ces différents changements apportés : quels sont les changements les plus importants ?
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé etc.)

- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (du ménage et de la famille surtout) et leur poids (grande carte=acteur avec influence)
- Carte avec flèches entre les acteurs pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Question d'introduction

1. Où est-ce que vous êtes allé en exode rural ?
2. Qu'est-ce que vous avez fait là-bas ?
3. Pourquoi êtes vous allé en exode rural ?
4. Pourquoi êtes vous allé à cet endroit ?
5. Qui a décidé de votre départ ?

Changements apportés par les migrants

6. Quelles sont les choses que vous vues ou avez apprises en exode et que vous avez appréciées le plus?
7. Qu'est-ce que vous avez apporté ou introduit (biens matériels, connaissances, valeurs et comportements) dans votre ménage, famille ou village ?
8. Comment avez-vous propagé ces idées et changements ?
9. Y avait-il des réactions négatives / de la résistance dans la famille ou dans le village par rapport à l'introduction de certains changements ?
10. De manière générale, est-ce que les (anciens) migrants sont souvent les initiateurs et/ou responsables des initiatives villageoises ?
11. Si oui, avez-vous des exemples ?

Influence des migrants sur le processus de prise de décision

12. Est-ce qu'on a l'habitude de vous demander votre avis / appui dans la famille ou dans le village par rapport à une décision à prendre parce que vous avez développé de la connaissance / du savoir à l'extérieur ?
13. Quels sont les domaines de décision pour lesquels vous êtes surtout sollicité (famille, village)?
14. Comment se déroule la prise de décision dans chaque domaine ?
15. Qui est impliqué ?

4. Groupe de discussion 4 – jeunes femmes sans expérience de migration (25-45 ans)

Objectifs : explorer les concepts de vie, les structures de solidarité et leur fonction sur lesquelles un ménage peut se fier ; explorer le processus de prise décision au sein du ménage et de la grande famille.

Moyens / aides méthodologiques :

- Ranking pour les dépenses prioritaires
- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (famille, voisins, ton, ONG, commune etc.), leur poids potentiel et réel (grande carte=acteur avec influence)
- Ranking des acteurs par rapport à leur importance pour le ménage
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé)

- Carte avec flèches entre les acteurs (du ménage et de la famille surtout) pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Mode de vie, perspectives et priorités

1. Qu'est-ce qu'un bon mode de vie pour vous?
2. Qu'est-ce que vous voulez atteindre dans votre vie ?
3. Que faites vous (avez-vous fait) pour atteindre une telle vie ?
4. Qu'est-ce que vous planifiez en avance dans votre vie ?
5. A quelle occasion touchez-vous à votre épargne ?
6. Quand vous avez des ressources à disposition, quelles sont vos dépenses prioritaires ?

Solidarité

7. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, la solidarité ?
8. Avec qui votre ménage, maintient-il des liens de solidarité ?
9. Quelle est la fonction de chaque lien ?
10. Quelles sont les liens de solidarité les plus importants ? Pourquoi ?

Prise de décision

11. Comment se déroule la prise de décision dans les différents domaines de décision ?
12. Qui est impliqué ?
13. Quel rôle avez-vous en particulier?

5. Groupe de discussion 5 – jeunes hommes sans expérience de migration (25-45 ans)

Objectifs : explorer les concepts de vie, les structures de solidarité et leur fonction sur lesquelles un ménage peut se fier ; explorer le processus de prise de décision au sein du ménage et de la grande famille.

Moyens / aides méthodologiques :

- Ranking pour les dépenses prioritaires
- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (famille, voisins, ton, ONG, commune etc.), leur poids potentiel et réel (grande carte=acteur avec influence)
- Ranking des acteurs par rapport à leur importance pour le ménage
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé)
- Carte avec flèches entre les acteurs (du ménage et de la famille surtout) pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Mode de vie, perspectives et priorités

1. Qu'est-ce qu'un bon mode de vie pour vous?
2. Qu'est-ce que vous voulez atteindre dans votre vie ?
3. Que faites vous (avez-vous fait) pour atteindre une telle vie ?
4. Qu'est-ce que vous planifiez en avance dans votre vie ?
5. A quelle occasion touchez-vous à votre épargne ?

6. Quand vous avez des ressources à disposition, quelles sont vos dépenses prioritaires ?

Solidarité

7. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, la solidarité ?
8. Avec qui votre ménage, maintient-il des liens de solidarité ?
9. Quelle est la fonction de chaque lien ?
10. Quelles sont les liens de solidarité les plus importants ? Pourquoi ?

Prise de décision

11. Comment se déroule la prise de décision dans les différents domaines de décision ?
12. Qui est impliqué ?
13. Quel rôle avez-vous en particulier ?

6. Groupe de discussion 6 – femmes plus âgées sans expérience de migration (46-60 ans)

Objectifs : explorer les concepts de vie, les structures de solidarité et leur fonction sur lesquelles un ménage peut se fier ; explorer le processus de prise de décision au sein du ménage et de la grande famille.

Moyens / aides méthodologiques :

- Ranking pour les dépenses prioritaires
- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (famille, voisins, ton, ONG, commune etc.), leur poids potentiel et réel (grande carte=acteur avec influence)
- Ranking des acteurs par rapport à leur importance pour le ménage
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé)
- Carte avec flèches entre les acteurs (du ménage et de la famille surtout) pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Mode de vie, perspectives et priorités

1. Qu'est-ce qu'un bon mode de vie pour vous ?
2. Qu'est-ce que vous voulez atteindre dans votre vie ?
3. Que faites vous (avez-vous fait) pour atteindre une telle vie ?
4. Qu'est-ce que vous planifiez en avance dans votre vie ?
5. A quelle occasion touchez-vous à votre épargne ?
6. Quand vous avez des ressources à disposition, quelles sont vos dépenses prioritaires ?

Solidarité

7. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, la solidarité ?
8. Avec qui votre ménage, maintient-il des liens de solidarité ?
9. Quelle est la fonction de chaque lien ?
10. Quelles sont les liens de solidarité les plus importants ? Pourquoi ?

Prise de décision

11. Comment se déroule la prise de décision dans les différents domaines de décision ?
12. Qui est impliqué ?

13. Quel rôle avez-vous en particulier?

7. Groupe de discussion 7 – jeunes chefs de ménage (25-45 ans) d'une grande famille avec plus de 4 ménages

Objectifs : explorer les structures de solidarité et leur fonction au sein d'une grande famille et entre leurs ménages; explorer le processus de prise décision au sein du ménage et de la grande famille.

Moyens / aides méthodologiques :

- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (famille, voisins, ton, ONG, commune etc.), leur poids potentiel et réel (grande carte=acteur avec influence)
- Ranking des acteurs par rapport à leur importance pour le ménage
- Carte avec famille et ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents membres et leur poids
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé)
- Flèches entre les acteurs pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Solidarité

1. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, la solidarité ?
2. Avec qui votre ménage, maintient-il des liens de solidarité ?
3. Quelle est la fonction de chaque lien ?
4. Pour quel problème / domaine pouvez vous vous adresser à la grande famille ?
5. Avez-vous des liens de solidarité auxquels la grande famille n'a pas accès?
6. Quelles sont les liens de solidarité les plus importants ? Pourquoi ?

Prise de décision

7. Comment se déroule la prise de décision dans les différents domaines de décision ?
8. Qu'est-ce qui est décidé au niveau de la grande famille / du ménage ?
9. Qui est impliqué ?

8. Groupe de discussion 8 – jeunes chefs de ménage (25-45 ans) d'une petite famille avec 4 ménages ou moins

Objectifs : explorer les structures de solidarité et leur fonction au sein d'une grande famille et entre leurs ménages; explorer le processus de prise décision au sein du ménage et de la grande famille.

Moyens / aides méthodologiques :

- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (famille, voisins, ton, ONG, commune etc.), leur poids potentiel et réel (grande carte=acteur avec influence)
- Ranking des acteurs par rapport à leur importance pour le ménage
- Carte avec famille et ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents membres et leur poids
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé)

- Flèches entre les acteurs pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Solidarité

1. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, la solidarité ?
2. Avec qui votre ménage, maintient-il des liens de solidarité ?
3. Quelle est la fonction de chaque lien ?
4. Pour quel problème / domaine pouvez vous vous adresser à la grande famille ?
5. Avez-vous des liens de solidarité auxquels la grande famille n'a pas accès ?
6. Quelles sont les liens de solidarité les plus importants ? Pourquoi ?

Prise de décision

7. Comment se déroule la prise de décision dans les différents domaines de décision ?
8. Qu'est-ce qui est décidé au niveau de la grande famille / du ménage ?
9. Qui est impliqué ?

9. Groupe de discussion 9 – chefs de ménage plus âgés (46-60 ans) d'une grande famille avec plus de 4 ménages

Objectifs : explorer les structures de solidarité et leur fonction au sein d'une grande famille et entre leurs ménages; explorer le processus de prise décision au sein du ménage et de la grande famille.

Moyens / aides méthodologiques :

- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (famille, voisins, ton, ONG, commune etc.), leur poids potentiel et réel (grande carte=acteur avec influence)
- Ranking des acteurs par rapport à leur importance pour le ménage
- Carte avec famille et ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents membres et leur poids
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé)
- Flèches entre les acteurs pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Solidarité

1. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, la solidarité ?
2. Avec qui votre ménage, maintient-il des liens de solidarité ?
3. Quelle est la fonction de chaque lien ?
4. Pour quel problème / domaine pouvez vous vous adresser à la grande famille ?
5. Avez-vous des liens de solidarité auxquels la grande famille n'a pas accès ?
6. Quelles sont les liens de solidarité les plus importants ? Pourquoi ?
7. Est-ce que ces liens de solidarité et leur fonction et poids ont changé comparé au passé (il y a 20 ans en arrière) ? Pourquoi ?

Prise de décision

8. Comment se déroule la prise de décision dans les différents domaines de décision ?
9. Qu'est-ce qui est décidé au niveau de la grande famille / du ménage ?
10. Qui est impliqué ?
11. Est-ce que ces processus de prise de décision ont changé comparé au passé (il y a 20 ans en arrière) ? Pourquoi ?

10. Groupe de discussion 10 – chefs de ménage plus âgés (46-60 ans) d'une petite famille avec 4 ménages ou moins

Objectifs : explorer les structures de solidarité et leur fonction au sein d'une grande famille et entre leurs ménages; explorer le processus de prise décision au sein du ménage et de la grande famille.

Moyens / aides méthodologiques :

- Carte avec ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents acteurs (famille, voisins, ton, ONG, commune etc.), leur poids potentiel et réel (grande carte=acteur avec influence)
- Ranking des acteurs par rapport à leur importance pour le ménage

- Carte avec famille et ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents membres et leur poids
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé)
- Flèches entre les acteurs pour marquer les processus de consultation et décision

Questions :

Solidarité

1. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, la solidarité ?
2. Avec qui votre ménage, maintient-il des liens de solidarité ?
3. Quelle est la fonction de chaque lien ?
4. Pour quel problème / domaine pouvez vous vous adresser à la grande famille ?
5. Avez-vous des liens de solidarité auxquels la grande famille n'a pas accès?
6. Quelles sont les liens de solidarité les plus importants ? Pourquoi ?
7. Est-ce que ces liens de solidarité et leur fonction et poids ont changé comparé au passé (il y a 20 ans en arrière) ? Pourquoi ?

Prise de décision

8. Comment se déroule la prise de décision dans les différents domaines de décision ?
9. Qu'est-ce qui est décidé au niveau de la grande famille / du ménage ?
10. Qui est impliqué ?
11. Est-ce que ces processus de prise de décision ont changé comparé au passé (il y a 20 ans en arrière) ? Pourquoi ?

Anhang 3: Frageleitfaden für die Einzelinterviews in ausgewählten Haushalten

Méthodologie pour les entretiens individuels dans quelques familles

Sommaire

Règles de base pour les entretiens individuels:

- Chaque personne est entretenue seule par deux personnes : un enquêteur qui pose les questions et mène l'entretien, un enquêteur qui prend les notes (sous forme d'un procès verbal)
- ***Pour les entretiens avec une femme, l'équipe d'enquêteur est composée uniquement des femmes***
- Aides : magnétophone, papier kraft, cartes, marqueurs, etc.

Objectifs : explorer les formes et structures de solidarité dans lequel un ménage est endigué et qu'il peut mobiliser; explorer le processus de prise décision au sein du ménage (entre femme et homme) et de la grande famille.

Moyens / aides méthodologiques :

- Carte avec famille et ménage au milieu, cartes de différente taille pour identifier les différents membres et leur poids
- Cartes pour les domaines de décision (achat des biens et de l'équipement, mariage, éducation, santé)
- Flèches entre les acteurs pour marquer les processus de consultation et décision

Questions à poser à chaque personne entretenue

Formes de solidarité

1. Qu'est-ce que cela veut dire pour vous, la solidarité ?
2. Avec qui votre ménage et famille, maintient-il/elle des liens de solidarité ?
3. Quelle est la fonction de chaque lien ?
4. Pour quel problème / domaine pouvez vous vous adresser à la grande famille ?
5. Avez-vous des liens de solidarité auxquels la grande famille n'a pas accès?
6. Quelles sont les liens de solidarité les plus importants ? Pourquoi ?

Prise de décision

7. Comment se déroule la prise de décision dans les différents domaines de décision ?
8. Qu'est-ce qui est décidé au niveau de la grande famille / du ménage ?
9. Qui est impliqué ?

Anhang 4: Fragebogen zu Lebensführungsmustern von Haushalten

Questionnaire semi structuré pour l'enquête sur **les modes et styles de vie en milieu rural au Mali** (auprès des ménages)

Commune de Cinzana, Aire de Santé de Cinzana

Dans le cadre d'une thèse de doctorat
en sociologie du développement, intitulée
« Protection sociale de santé et différenciation sociale
en Afrique de l'Ouest »,

Université de Bayreuth, Allemagne
En collaboration avec
la Fondation Novartis pour un Développement Durable

1. DONNEES D'IDENTIFICATION

- 1.1. Nom de l'enquêteur: _____ [Code: Enq] []
- 1.2. Date de l'entretien [] [] []
Jour Mois Année
- 1.3. Numéro du questionnaire: [Code: Que] []
- 1.4. Village: _____ [Code: Vil] []
- 1.5. Distance du village au centre de santé [Code: Dis]
CSCOM de Cinzana [] km
- 1.6. Praticabilité de la route entre village et CSCOM
Cochez dans le tableau 1.

Tableau 1

Praticabilité 1.6 [Code : Pra]	Bonne route, praticable toute l'année [1]	Route acceptable, mais difficilement praticable pendant la saison pluvieuse [2]	Mauvaise route, pendant la saison pluvieuse impraticable [3]

- 1.7. Nom du chef de l'UPA dans lequel se trouve le ménage à enquêter:
_____ [Code :Upa] []

- 1.8. Le ménage à enquêter est il membre de la mutuelle ? [Code :
Mem]
- Oui [] [1]
- Non [] [2]

Si non, passez à la question 1.10.

- 1.9. Si oui, quel est le nombre de bénéficiaires dans le ménage ?
[] [Code : NomB]

- 1.10. **Lieu de l'entretien** [Code: LieuE]
- A domicile ☐ [1]
- Place publique du village ☐ [2]
- Champ ☐ [3]
- Autre (à spécifier) : _____ ☐ [4]

2. INTRODUCTION DE L'ENQUETE : JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

La présente enquête poursuit uniquement un but scientifique. Elle s'inscrit dans le cadre d'une recherche sociologique qui porte sur la différenciation sociale entre les ménages au Mali. Au – delà des éléments d'analyse classique (notamment socioéconomiques), on veut comprendre aussi les raisons sociologiques qui déterminent la faible utilisation des services sociaux comme l'éducation et la santé.

A cet effet, toutes les questions visent la compréhension des modes et styles de vie des populations dans votre village à travers vos réponses aux questions.

Vos réponses constituent votre opinion qui mérite tout le respect et demeure valable tant que vous la soutenez. Tout ce que vous direz ne vous engage à rien et ne sera utilisé que dans le cadre strict de l'objet cité plus haut.

3. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

- 3.1. **Nom du chef de ménage:** _____ [Code: Men][]
- 3.2. **Age du chef de ménage** ☐ [Code: Age]
- 3.3. **Sexe du chef de ménage** [Code: Sexe]
- Masculin ☐ [1]
- Féminin ☐ [2]

3.4. Situation matrimoniale du chef de ménage [Code: ReM]

Monogame ☐ [1]

Polygame ☐ [2]

Veuf(ve) ☐ [3]

Autre (à spécifier): _____ ☐ [4]

3.5. Nombre d'épouses du chef de ménage ☐ [Code: NomE]

Continuez avec la question 3.10 si l'enquêté(e) est identique avec le chef de ménage.

3.6. Nom de l'enquêté(e) : _____ [Code: PerE]

3.7. Age de l'enquêté(e) ☐ [Code: Age2]
(si pas identique avec le chef de ménage)

3.8. Sexe de l'enquêté(e) [Code: Sexe2]
(si pas identique avec le chef de ménage)

Masculin ☐ [1]

Féminin ☐ [2]

3.9. Lien avec le chef de ménage [Code: Lien]
(si pas identique avec le chef de ménage)

Epouse ☐ [1]

Fils ☐ [2]

Fille ☐ [3]

Frère du chef de ménage ☐ [4]

Mère ☐ [5]

Autre (à spécifier) : _____ ☐ [6]

3.10. Y a-t-il d'autres personnes présentes pendant l'entretien ? [Code: Pre]

Oui ☐ [1]

Non ☐ [2]

Si non, passez à la question 3.12.

3.11. Si oui, lesquelles ? [Code: Ppre]

Epouse [] [1]

Fils [] [2]

Fille [] [3]

Frère du chef de ménage [] [4]

Mère [] [5]

Autre(s) (à spécifier) : _____ [] [6]

3.12. Nombre de ménages vivant dans l'UPA [] [Code: NomU]

3.13. En ce moment, combien de personnes êtes-vous dans le ménage ? [] [Code: NomM]

3.14. De quel sexe et quelle classe d'âge sont ces personnes du ménage?
Notez les nombres dans le tableau 2.
[Code:Sexe3][Code:ClasseA]

Tableau 2

Sexe 3.14	Classe d'âge 3.14	0-5 [1]	6-14 [2]	15-25 [3]	26-45 [4]	46-59 [5]	60-plus [6]
Féminin [1]							
Masculin [2]							
TOTAL							

3.15. Quelle est l'ethnie du ménage? [Code: Eth]

Bambara [] [1]

Peul [] [2]

Sarakolé [] [3]

Mossi [] [4]

Minianka [] [5]

Dogon [] [6]

Bobo [] [7]

Autre (à spécifier): _____ [] [8]

3.16. Quelle est la caste du ménage ? [Code: Cas]

Forgeron ☐ [1]
 Griot ☐ [2]
 Autre (à spécifier): _____ ☐ [3]

3.17. Quelle est la langue parlée dans le ménage ? [Code: Lan]
 Plusieurs langues peuvent être cochées !

Bambara ☐ [1]
 Peul ☐ [2]
 Sarakolé ☐ [3]
 Mooré ☐ [4]
 Minianka ☐ [5]
 Dogon ☐ [6]
 Bobo ☐ [7]
 Autre (à spécifier): _____ ☐ [8]

4. EDUCATION ET SCOLARISATION

4.1. Quels sont les capacités de lecture et d'écriture des membres du ménage? Cochez dans le tableau 3. Plusieurs cases par personne peuvent être cochées !

Tableau 3

Personne 4.1	Capacités de lecture et d'écriture							
	Parler des langues locales [1]	Lire et écrire en langue locale [2]	Parler l'arabe [3]	Lire et écrire en arabe [4]	Parler français [5]	Lire et écrire en français [6]	Rien parce que c'est un enfant non en âge d'aller à l'école [7]	Autres (à spécifier) [8]: _____
CHEF DE MENAGE [Code: AlpC]								
EPOUSE(S)								
1. 1 ^{ère} Epouse [Code: AlpE1]								
2. 2 ^{ème} Epouse [Code: AlpE2]								
3. 3 ^{ème} Epouse [Code: AlpE3]								

Personne 4.1	Capacités de lecture et d'écriture							
	Parler des langues locales [1]	Lire et écrire en langue locale [2]	Parler l'arabe [3]	Lire et écrire en arabe [4]	Parler français [5]	Lire et écrire en français [6]	Rien parce que c'est un enfant non en âge d'aller à l'école [7]	Autres (à spécifier) [8]: _____
4. 4 ^{ième} Epouse [Code: AlpE4]								
FILS								
1. 1 ^{er} Fils [Code: AlpF1]								
2. 2 ^{ième} Fils [Code: AlpF2]								
3. 3 ^{ième} Fils [Code: AlpF3]								
4. 4 ^{ième} Fils [Code: AlpF4]								
5. 5 ^{ième} Fils [Code: AlpF5]								
FILLES								
1. 1 ^{ère} Fille [Code: AlpG1]								
2. 2 ^{ème} Fille [Code: AlpG2]								
3. 3 ^{ème} Fille [Code: AlpG3]								
4. 4 ^{ème} Fille [Code: AlpG4]								
5. 5 ^{ème} Fille [Code: AlpG5]								
AUTRES								
[Code: AlpA1]								
[Code: AlpA2]								
[Code: AlpA3]								

4.2. Quel est le niveau de formation des membres du ménage ?

Cochez dans le tableau 4. Plusieurs cases par personne peuvent être cochées.

Tableau 4

Personne 4.2	Niveau de formation					
	Alphabé - tisation[1]	Ecole coranique, médersa [2]	Ecole primaire [3]	Ecole se- condaire [4]	Ecole su- périeure [5]	Néant [6]
CHEF DE MENAGE [Code: EduC]						
EPOUSE(S)						
1. 1 ^{ère} Epouse [Code: EduE1]						
2. 2 ^{ème} Epouse [Code: EduE2]						
3. 3 ^{ème} Epouse [Code: EduE3]						
4. 4 ^{ème} Epouse [Code: EduE4]						
FILS						
1. 1 ^{er} Fils [Code: EduF1]						
2. 2 ^{ème} Fils [Code: EduF2]						
3. 3 ^{ème} Fils [Code: EduF3]						
4. 4 ^{ème} Fils [Code: EduF4]						
5. 5 ^{ème} Fils [Code: EduF5]						
FILLES						
1. 1 ^{ère} Fille [Code: EduG1]						
2. 2 ^{ème} Fille [Code: EduG2]						
3. 3 ^{ème} Fille [Code: EduG3]						
4. 4 ^{ème} Fille [Code: EduG4]						
5. 5 ^{ème} Fille [Code: EduG5]						
AUTRES						
[Code: EduA1]						
[Code: EduA2]						
[Code: EduA3]						

4.3 Dans le ménage, est-ce qu'il y des garçons ou filles en âge de scolarisation qui ne vont pas à l'école ? [Code: NonSc]

Oui ☐ [1]

Non ☐ [2]

Si non, passez à la question 4.5.

4.4 Si oui, quelles sont les raisons ? Notez les raisons différentes pour garçon/fille s'il y en a dans le tableau 5.

Tableau 5

Enfants	Raison(s) pour la non scolarisation 4.4 Ecrivez ici.	Code Pas cocher !
Garçons [Code: RaiNScoG]		[]
		[]
		[]
Filles [Code: RaiNScoF]		[]
		[]
		[]

4.5 Y a-t-il des personnes dans le ménage qui ont ils suivi une formation « professionnelle » ? [Code: ForPro]

Oui ☐ [1]

Non ☐ [2]

Si non, passez à la question 5.1.

4.6 Si oui, lesquelles ? Cochez dans le tableau 6. Plusieurs cases par personne peuvent être cochées.

Tableau 6

Formation 4.6	Animation rurale et autre : gestion OP, formateur villageois etc. [1]	Apprentissage des métiers: artisanat, mécanique, savonnerie etc. [2]	Formation professionnelle (<i>de longue durée</i>): enseignement, santé, administration etc. [3]
CHEF DE MENAGE [Code: ForC]			
EPOUSE(S)			
1. 1 ^{ère} Epouse [Code: ForE1]			
2. 2 ^{ème} Epouse [Code: ForE2]			
3. 3 ^{ème} Epouse [Code: ForE3]			
4. 4 ^{ème} Epouse [Code: ForE4]			
FILS			
1. 1 ^{er} Fils [Code: ForF1]			
4. 2 ^{ème} Fils [Code: ForF2]			
5. 3 ^{ème} Fils [Code: ForF3]			
4. 4 ^{ème} Fils [Code: ForF4]			
5. 5 ^{ème} Fils [Code: ForF5]			
FILLES			
1. 1 ^{ère} Fille [Code: ForG1]			
2. 2 ^{ème} Fille [Code: ForG2]			
3. 3 ^{ème} Fille [Code: ForG3]			
4. 4 ^{ème} Fille [Code: ForG4]			
5. 5 ^{ème} Fille [Code: ForG5]			
AUTRES			
[Code: ForA1]			
[Code: ForA2]			
[Code: ForA3]			

5. ACTIVITES ECONOMIQUES, PRODUCTION AGRICOLE, ELEVAGE ET EPARGNE DU MENAGE

5.1. Quelles sont les activités économiques que les membres du ménage entreprennent?

Cochez et écrivez dans le tableau 7. Plusieurs cases par personne peuvent être cochées et remplies.

Tableau 7

Personne 5.1	Activités économiques								
	<i>A cocher</i>					<i>A spécifier</i>			
	Agriculture [1]	Maraîchage [2]	Elevage [3]	Embouche commerciale [4]	Pêche [5]	Artisanat [6]	Emploi salarié [7]	Petit commerce [8]	Autres [9]
CHEF DE MENAGE [Code: AgrC]									
EPOUSE(S)									
1. 1 ^{ère} Epouse [Code: AgrE1]									
2. 2 ^{ème} Epouse [Code: AgrE2]									
3. 3 ^{ème} Epouse [Code: AgrE3]									
4. 4 ^{ème} Epouse [Code: AgrE4]									

Personne 5.1	Activités économiques								
	<i>A cocher</i>					<i>A spécifier</i>			
	Agriculture [1]	Maraîchage [2]	Elevage [3]	Embouche commerciale [4]	Pêche [5]	Artisanat [6]	Emploi salarié [7]	Petit commerce [8]	Autres [9]
FILS									
1. 1 ^{er} Fils [Code: AgrF1]									
2. 2 ^{ème} Fils [Code: AgrF2]									
3. 3 ^{ème} Fils [Code : AgrF3]									
4. 4 ^{ème} Fils [Code: AgrF4]									
5. 5 ^{ème} Fils [Code: AgrF5]									

Personne 5.1	Activités économiques								
	<i>A cocher</i>					<i>A spécifier</i>			
	Agriculture [1]	Maraîchage [2]	Elevage [3]	Embouche commerciale [4]	Pêche [5]	Artisanat [6]	Emploi salarié [7]	Petit commerce [8]	Autres [9]
FILLES									
1. 1 ^{ière} Fille [Code: AgrG1]									
2. 2 ^{ème} Fille [Code: AgrG2]									
3. 3 ^{ème} Fille [Code: AgrG3]									
4. 4 ^{ème} Fille [Code: AgrG4]									
5. 5 ^{ème} Fille [Code: AgrG5]									
AUTRES									
[Code: AgrA1]									
[Code: AgrA2]									
[Code: AgrA3]									

- 5.2. Quels sont les produits cultivés ou de cueillette dans l'UPA?
Cochez seulement dans le tableau 8.

Tableau 8

Production agricole et cueillette [Code: ProAgr]	A cocher 5.2
Mil	<input type="checkbox"/> [1]
Sorgho	<input type="checkbox"/> [2]
Maïs	<input type="checkbox"/> [3]
Niébé	<input type="checkbox"/> [4]
Fonio	<input type="checkbox"/> [5]
Arachide	<input type="checkbox"/> [6]
Wouandzou	<input type="checkbox"/> [7]
Sésame	<input type="checkbox"/> [8]
Riz	<input type="checkbox"/> [9]
Légumes (oignons, carottes, tomates, pommes de terre, aubergines etc.)	<input type="checkbox"/> [10]
Fruits (mangues, papayes, hibiscus etc.)	<input type="checkbox"/> [11]
Produits de cueillette (karité, feuilles et fruits de baobab, etc.)	<input type="checkbox"/> [12]
Bois de chauffe	<input type="checkbox"/> [13]
Bois de service	<input type="checkbox"/> [14]
Autres (à spécifier): _____	<input type="checkbox"/> [15]

- 5.3. Pour combien de mois votre production céréalière suffit elle dans une année moyenne?

mois sur 12 [Code: DegSub]

- 5.4. De quels outils et intrants agricoles dispose l'UPA ? Cochez dans le tableau 9.

Tableau 9

Outils agricoles et intrants dans l'UPA 5.4	A cocher [Code: Out]
Daba	<input type="checkbox"/> [1]
Brouette	<input type="checkbox"/> [2]
Charrette	<input type="checkbox"/> [3]
Charrue	<input type="checkbox"/> [4]
Multiculteur	<input type="checkbox"/> [5]
Batteuse	<input type="checkbox"/> [6]
Herse	<input type="checkbox"/> [7]
Couveuse	<input type="checkbox"/> [8]
Moulin	<input type="checkbox"/> [9]
Semoir	<input type="checkbox"/> [10]
Animaux de trait : bœuf de labour, ânes, chevaux	<input type="checkbox"/> [11]

Outils agricoles et intrants dans l'UPA 5.4	A cocher [Code: Out]
Utilisation engrais minéraux	[<input type="checkbox"/>] [12]
Utilisation compostes	[<input type="checkbox"/>] [13]
Utilisation pesticides	[<input type="checkbox"/>] [14]
Utilisation semences améliorées	[<input type="checkbox"/>] [15]
Utilisation aliment bétail	[<input type="checkbox"/>] [16]
Autre(s) à spécifier : _____	[<input type="checkbox"/>] [17]

5.5. Quel est le nombre de tête d'animaux de votre ménage ?

Marquez le nombre dans le tableau 10.

Tableau 10

Type d'animaux	Nombre approximatif 5.5
Gros ruminants (bœufs, vaches etc.) [Code: NGro]	[<input type="checkbox"/>]
Chevaux [Code: NChe]	[<input type="checkbox"/>]
Anes [Code: NAne]	[<input type="checkbox"/>]
Petits ruminants (moutons, chèvres) [Code: NPet]	[<input type="checkbox"/>]
Volaille [Code: NVol]	[<input type="checkbox"/>]

5.6. Est-ce que vous pratiquez l'épargne dans votre ménage? [Code: Epa]

Oui ☐ [1]

Non ☐ [2]

(Si la réponse est non, continuez avec la question 6).

5.7. Si oui, qui le fait et comment? Cochez dans le tableau 11. Plusieurs cases par personne peuvent être cochées.

5.8. A quelle occasion touchez-vous à votre épargne ? Notez le mode d'utilisation dans le tableau 11.

Tableau 11

Personne 5.7	Mode d'épargne (à cocher) 5.7								Utilisation 5.8 [Code: EpaUti] (à noter)	Code Pas cocher
	Argent à domicile [1]	Argent à la tontine [2]	Argent à la caisse villageoise [3]	Argent à la caisse d'épargne, banque [4]	Animaux (gros bétail, petits ruminants etc.) [5]	Stock de céréales [6]	Bijoux [7]	Autres [8]		
CHEF DE MENAGE [Code: EpaC]										[]
EPOUSE(S)										
1. 1 ^{ère} Epouse [Code: EpaE1]										[]
2. 2 ^{ème} Epouse [Code: EpaE2]										[]
3. 3 ^{ème} Epouse [Code: EpaE3]										[]
4. 4 ^{ème} Epouse [Code: EpaE4]										[]

Personne 5.7	Mode d'épargne (à cocher) 5.7								Utilisation 5.8 [Code: EpaUti] (à noter)	Code Pas cocher
	Argent à domicile [1]	Argent à la tontine [2]	Argent à la caisse villageoise [3]	Argent à la caisse d'épargne, banque [4]	Animaux (gros bétail, petits ruminants etc.) [5]	Stock de céréales [6]	Bijoux [7]	Autres [8]		
FILS										
1. 1 ^{er} Fils [Code: EpaF1]										[]
2. 2 ^{ème} Fils [Code: EpaF2]										[]
3. 3 ^{ème} Fils [Code : EpaF3]										[]
4. 4 ^{ème} Fils [Code: EpaF4]										[]
5. 5 ^{ème} Fils [Code: EpaF5]										[]
FILLES										
1. 1 ^{ère} Fille [Code: EpaG1]										[]
2. 2 ^{ème} Fille [Code: EpaG2]										[]
3. 3 ^{ème} Fille [Code: EpaG3]										[]
4. 4 ^{ème} Fille [Code: EpaG4]										[]
5. 5 ^{ème} Fille [Code: EpaG5]										[]

Personne 5.7	Mode d'épargne (à cocher) 5.7								Utilisation 5.8 [Code: EpaUti] (à noter)	Code Pas cocher
	Argent à domicile [1]	Argent à la tontine [2]	Argent à la caisse villageoise [3]	Argent à la caisse d'épargne, banque [4]	Animaux (gros bétail, petits ruminants etc.) [5]	Stock de céréales [6]	Bijoux [7]	Autres [8]		
AUTRES										
[Code: EpaA1]										[]
[Code: EpaA2]										[]
[Code: EpaA3]										[]

6. MIGRATION ET EXODE RURAL

6.1. Est-ce qu'il y a des membres de l'UPA qui ont déjà fait ou font régulièrement l'exode saisonnier?

[Code: Ex]

Oui ☐ [1]

Non ☐ [2]

Si oui, cochez dans le tableau 12.

(Si la réponse est non, continuez avec question 6.4!)

6.2. Où est-ce qu'ils vont ? Notez les lieux dans le tableau 12.

6.3. Qu'est-ce qu'ils font comme activité ? Notez les activités dans le tableau 12.

Tableau 12

Personne [Code: ExP] 6.1	Lieu d'exode [Code: ExL] 6.2	Code Pas cocher	Activité [Code: ExA] 6.3	Code Pas cocher
Chef de l'UPA [1]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Epouse(s) du chef de l'UPA [2]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Chef de ménage [3]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Epouse(s) du chef de ménage [4]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fils du chef de ménage [5]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fille(s) du chef de ménage [6]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sœur(s) du chef de ménage [7]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Frère(s) du chef de ménage [8]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Neveu(x) du chef de ménage [9]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nièce(s) du chef de ménage [10]		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Personne [Code: ExP] 6.1	Lieu d'exode [Code: ExL] 6.2	Code Pas cocher	Activité [Code: ExA] 6.3	Code Pas cocher
Oncle(s) du chef de ménage [11]		[]		[]
Tante(s) du chef de ménage [12]		[]		[]
Cousin(s), demi-frère(s) du chef [13]		[]		[]
Autre [14] :		[]		[]
Autre [15] :		[]		[]
Autre [16] :		[]		[]

6.4. Est-ce qu'il y a des membres de l'UPA installés ailleurs dans le pays ou à l'étranger ? [Code: Mig]

Oui [] [1]

Non [] [2]

Si oui, cochez dans le tableau 13.

(Si la réponse est non, continuez avec question 6.7!)

6.5. Si oui, où est-ce qu'ils sont installés ? Notez les lieux dans le tableau 13.

6.6. Qu'est-ce qu'ils font comme activité ? Notez les activités dans le tableau 13.

Tableau 13

Personne [Code: MigP] 6.4	Lieu de migration [Code: MigL] 6.5	Code Pas cocher	Activité principale [Code: MigA] 6.6	Code Pas cocher
Chef de l'UPA [1]		[]		[]
Epouse(s) du chef de l'UPA [2]		[]		[]
Chef de ménage [3]		[]		[]
Epouse(s) du chef de ménage [4]		[]		[]

Personne [Code: MigP] 6.4	Lieu de migration [Code: MigL] 6.5	Code Pas cocher	Activité principale [Code: MigA] 6.6	Code Pas cocher
Fils du chef de ménage [5]		[]		[]
Fille(s) du chef de ménage [6]		[]		[]
Sœur(s) du chef de ménage [7]		[]		[]
Frère(s) du chef de ménage [8]		[]		[]
Neveu(x) du chef de ménage [9]		[]		[]
Nièce(s) du chef de ménage [10]		[]		[]
Oncle(s) du chef de ménage [11]		[]		[]
Tante(s) du chef de ménage [12]		[]		[]
Cousin(s), demi-frère(s) du chef [13]		[]		[]
Autre [14] :		[]		[]
Autre [15] :		[]		[]
Autre [16] :		[]		[]

6.7. Est-ce qu'au moins une de ces personnes qui font l'exode saisonnier ou qui sont installés ailleurs contribue matériellement au bien-être de l'UPA ?

Oui ☐ [Code: ConM]
[1]

Non ☐ [2]

(Si la réponse est non, continuez avec question 7.1 !)

6.8. Si oui, quelle est la nature et périodicité de la contribution? Notez la nature et cochez la périodicité de la contribution dans le tableau 14.

Tableau 14

Personne 6.7 [Code: ConP]	Nature de la contribution 6.8 [Code: Con]	Code Pas cocher	Périodicité de la contribution 6.8 [Code: ConPeri]		
			Régulier (mensuel, annuel) [1]	Occasion- nellement [2]	Au besoin [3]
Chef de l'UPA [1]		[]	[]	[]	[]
Epouse(s) du chef de l'UPA [2]		[]	[]	[]	[]
Chef de ménage [3]		[]	[]	[]	[]
Epouse(s) du chef de ménage [4]		[]	[]	[]	[]
Fils du chef de ménage [5]		[]	[]	[]	[]
Fille(s) du chef de ménage [6]		[]	[]	[]	[]
Sœur(s) du chef de ménage [7]		[]	[]	[]	[]
Frère(s) du chef de ménage [8]		[]	[]	[]	[]
Neveu(x) du chef de ménage [9]		[]	[]	[]	[]
Nièce(s) du chef de ménage [10]		[]	[]	[]	[]
Oncle(s) du chef de ménage [11]		[]	[]	[]	[]
Tante(s) du chef de ménage [12]		[]	[]	[]	[]
Cousin(s), demi- frère(s) du chef [13]		[]	[]	[]	[]
Autre [14] :		[]	[]	[]	[]
Autre [15] :		[]	[]	[]	[]
Autre [16] :		[]	[]	[]	[]

7. BIENS DU MENAGE

7.1. De quels biens dispose le ménage? Cochez dans le tableau 15.

7.2. Qui a contribué (à l'acquisition de) ce bien ? Notez dans le tableau 15.

Tableau 15

Bien [Code: Bien] 7.1	A cocher	Provenance du bien (personne) [Code: BienP] 7.2	Code
Table(s)	[] [1]		[]
Chaise(s) en bois	[] [2]		[]
Chaise(s) métallique	[] [3]		[]
Chaise(s) en nylon	[] [4]		[]
Fauteuil(s) en bois	[] [5]		[]
Fauteuil(s) en nylon	[] [6]		[]
Fauteuil(s) bourrés	[] [7]		[]
Lit(s) traditionnel(s) en bois	[] [8]		[]
Lit(s) modernes en bois (menuiserie)	[] [9]		[]
Lit(s) métallique	[] [10]		[]
Matelas en herbes	[] [11]		[]
Matelas mousse synthétique	[] [12]		[]
Natte plastique	[] [13]		[]
Armoire(s), placard(s), bibliothèque, buffet	[] [14]		[]
Casseroles et vaisselles émaillées	[] [15]		[]
Rideaux devant la porte/les fenêtres	[] [16]		[]
Photos, calendrier, posters sur murs	[] [17]		[]
Pots de fleurs dans la cour	[] [18]		[]
Horloge(s)	[] [19]		[]
Moustiquaire(s)	[] [20]		[]
Machine à coudre	[] [21]		[]
Radio(s)	[] [22]		[]
Poste(s) radio/cassette	[] [23]		[]
Lecteur disque/DVD	[] [24]		[]
Télé couleur	[] [25]		[]
Télé noir-blanc	[] [26]		[]
Téléphone fixe	[] [27]		[]
Téléphone cellulaire	[] [28]		[]

Bien [Code: Bien] 7.1	A cocher	Provenance du bien (personne) [Code: BienP] 7.2	Code
Vélo(s)	[<input type="checkbox"/>] [29]		[<input type="checkbox"/>]
Moto(s),	[<input type="checkbox"/>] [30]		[<input type="checkbox"/>]
Mobylette(s)	[<input type="checkbox"/>] [31]		[<input type="checkbox"/>]
Voiture	[<input type="checkbox"/>] [32]		[<input type="checkbox"/>]
Balance	[<input type="checkbox"/>] [33]		[<input type="checkbox"/>]
Pâtissier	[<input type="checkbox"/>] [34]		[<input type="checkbox"/>]

7.3. Est-ce qu'il y a des personnes dans le ménage qui disposent les habits et objets suivants ? Cochez dans le tableau 16.

Tableau 16

Habits, objets de parure	Personne 7.3						
Code	Chef de ménage [Code: HabC]	Epouse(s) [Code: HabE]	Fils [Code: HabF]	Fille(s) [Code: HabG]	Autre (à spécifier) : _____	Autre (à spécifier) : _____	Autre (à spécifier) : _____
Habits							
Boubou en cotonnade [1]							
Boubou en wax [2]							
Boubou en bazin [3]							
Chemise [4]							
Jeans [5]							
Jupe/robe prête à porter (importée) [6]							
Chaussures							
Nus-pieds [7]							
Babouches, moukets [8]							
Chaussures fermées [9]							
Baskets [10]							

Habits, objets de parure	Personne 7.3						
Code	Chef de ménage [Code: HabC]	Epouse(s) [Code: HabE]	Fils [Code: HabF]	Fille(s) [Code: HabG]	Autre (à spécifier) : _____	Autre (à spécifier) : _____	Autre (à spécifier) : _____
Parure							
Montre (en métal) [11]							
Montre en plastique [12]							
Bague en métal précieux [13]							
Bague ordinaire [14]							
Boucles d'oreille ou chaînes en métal précieux [15]							
Boucles d'oreille ou chaîne ordinaires [16]							
Lunettes [17]							
Lunettes de soleil [18]							
Casquette [19]							

Produits cosmétiques etc.	Personne 7.3						
Code	Chef de ménage [Code: HabC]	Epouse(s) [Code: HabE]	Fils [Code: HabF]	Fille(s) [Code: HabG]	Autre (à spécifier) : _____	Autre (à spécifier) : _____	Autre (à spécifier) : _____
Produits cosmétiques et d'hygiène							
Savon local (karité etc.) [20]							
Savon importé [21]							
Brosse de dent [22]							
Pâte dentifrice [23]							
Lame de rasoir [24]							
Vernis à ongles [25]							
Henné [26]							
Ciseaux à ongles [27]							
Huile de karité [28]							
Pommade non-dépigmentante [29]							
Pommade dépigmentante [30]							

8. ALIMENTATION DU MENAGE

8.1. Lesquels des produits suivants consommez-vous dans le ménage?
Cochez dans le tableau 17.

Tableau 17

Alimentation 8.1	Toujours [1]	De temps en temps [2]	Rarement/jamais [3]
Mil, sorgho [Code: AMil]	[]	[]	[]
Niébé [Code: ANie]	[]	[]	[]
Wouandzou [Code: AWou]	[]	[]	[]
Fonio [Code: AFon]	[]	[]	[]
Mais [Code: AMai]	[]	[]	[]
Riz [Code: ARiz]	[]	[]	[]
Tubercules : pommes de terre, igname, patates, maniok [Code: ATub]	[]	[]	[]
Arachide [Code: AArc]	[]	[]	[]
Légumes, feuilles vertes, fruits [Code: ALeg]	[]	[]	[]
Pain [Code: APai]	[]	[]	[]
Macaroni [Code: AMac]	[]	[]	[]
Café, thé vert ou <i>Lipton</i> etc. [Code: ACaf]	[]	[]	[]
Sucre [Code: ASuc]	[]	[]	[]
Sucrerie (coca, fanta etc.) [Code: ABoi]	[]	[]	[]
Viande [Code: AVia]	[]	[]	[]
Poisson [Code: APoi]	[]	[]	[]
Bonbons, biscuits, dattes [Code: ABon]	[]	[]	[]
Tabac, cigarette, cola [Code: ATab]	[]	[]	[]
Vedan [Code: AVed]	[]	[]	[]
Cubes Maggi [Code: ACub]	[]	[]	[]
Lait frais [Code: ALai]	[]	[]	[]
Lait sucré (en boîte) [Code: ALaib]	[]	[]	[]
Lait en poudre (Nido etc.) [Code: ALaip]	[]	[]	[]
Miel [Code: AMie]	[]	[]	[]
Concentré de tomate [Code: ACon]	[]	[]	[]

Alimentation 8.1	Toujours [1]	De temps en temps [2]	Rarement/jamais [3]
Autre (à spécifier) : _____	[]	[]	[]
[Code: A1Con]			
Autre (à spécifier) : _____	[]	[]	[]
[Code: A2Con]			

9. GOUVERNANCE LOCALE ET VIE ASSOCIATIVE

9.1. Comment voyez-vous votre rôle dans le village et dans la commune? [Code: ColTer]

9.2. Quelle est votre expérience personnelle avec les initiatives de développement auxquelles vous avez participées? [Code: ExpCol]

9.3. Quelles organisations dans vos alentours sont importantes pour vous ? [Code: ImpOrg]

9.4. Pourquoi ? [Code: RailmpOrg]

9.5. Y a-t-il des personnes dans votre ménage qui sont membre d'une organisation fonctionnelle? [Code: Org]

Oui [] [1]

Non [] [2]

Si non, passez à la question 10.1

9.6. Si oui, notez les organisations dans le tableau 18.

Tableau 18

Personne 9.6	Organisation	Code Pas cocher !
CHEF DE MENAGE [Code: OrgC]		[]
EPOUSE(S)		
1. 1^{ère} Epouse [Code: OrgE1]		[]
2. 2^{ème} Epouse [Code: OrgE2]		[]
3. 3^{ème} Epouse [Code: OrgE3]		[]
4. 4^{ème} Epouse [Code: OrgE4]		[]
FILS		
1. 1^{er} Fils [Code: OrgF1]		[]
2. 2^{ème} Fils [Code: OrgF2]		[]
3. 3^{ème} Fils [Code: OrgF3]		[]
4. 4^{ème} Fils [Code: OrgF4]		[]
5. 5^{ème} Fils [Code: OrgF5]		[]
FILLES		
1. 1^{ère} Fille [Code: OrgG1]		[]
2. 2^{ème} Fille [Code: OrgG2]		[]
3. 3^{ème} Fille [Code: OrgG3]		[]
4. 4^{ème} Fille [Code: OrgG4]		[]
5. 5^{ème} Fille [Code: OrgG5]		[]

Personne 9.6	Organisation	Code Pas cocher !
AUTRES		
[Code: OrgA1]		[]
[Code: OrgA2]		[]
[Code: OrgA3]		[]

9.7. Vous êtes aussi membre de la mutuelle : En quelle occasion avez vous entendu parler de la mutuelle et ses services ? [Code: InfMut]

Si le ménage n'est pas membre de la mutuelle, continuez avec question 10.1.

9.8. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez adhéré à la mutuelle de santé ? [Code: RaiAdh]

9.9. Selon vous, quels sont en général les avantages du fait d'être bénéficiaire de la mutuelle ? [Code: AvMut]

9.10. De quels services de la mutuelle avez vous déjà bénéficié? [Code: BénMut]

- 9.11. Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles certains villageois n'ont pas adhéré à la mutuelle ? [Code: RaiNonAdh]

- 9.12. Quelles sont vos appréciations concernant les conditions et les services de la mutuelle ? Notez les réponses dans le tableau 19.

Tableau 19

Conditions de la mutuelle : Par exemple concernant	Code	Services de la mutuelle : Par exemple concernant	Code
<ul style="list-style-type: none"> ○ frais d'adhésion : 1000 FCFA ○ montant de cotisation : 1150 FCFA par an et personne ○ période et nature de la cotisation : Par an et en argent ○ co-paiement : 40% (CSCOM), 25% urgences obstétricales ○ délai d'attente : 4 mois [Code: AppCon]		<ul style="list-style-type: none"> ○ soins de santé couverts, ○ qualité et quantité des informations, ○ efficacité de la gestion du bureau exécutif, ○ loyauté du bureau exécutif [Code: AppSer]	
1.	[]	1.	[]
2.	[]	2.	[]
3.	[]	3.	[]
4.	[]	4.	[]

10. VALEURS, PREFERENCES ET PRESTIGE SOCIAL

Notez les réponses exactement comme elles sont données pour les questions 10.1 à 10.13. Si plusieurs personnes répondent, notez « chef de ménage », « épouse » etc. devant la réponse.

- 10.1. Selon vous, quels sont les changements majeurs dans la vie sociale communautaire comparé au passé ? [Code: ChaMaj]

10.2. Qu'est-ce qui vous est cher dans la vie ? [Code: Imp]

10.3. De quoi êtes-vous fier? [Code: Fie]

10.4. Par rapport à vous, qu'est-ce que vous-voulez que vos enfants
deviennent? [Code: ObjEnf]

10.5. Est-ce que vous planifiez pour le futur ? [Code: Plan]

Oui [] [1]

Non [] [2]

Si non, passez à la question 10.7.

10.6. Si oui, quoi ? [Code: PlanQ]

10.7. Etre à la mode, qu'est-ce que cela veut dire pour vous ? [Code: Mod]

10.8. Après couverture des besoins de base, si vous aviez encore des ressources supplémentaires, pour quelles dépenses les réservez vous ? [Code: ResSup]

10.9. Avez-vous un bien ou un objet que vous appréciez beaucoup ? [Code: Objq]
Oui ☐ [1]
Non ☐ [2]

Si non, passez à la question 10.11

10.10. Si oui, lequel et pourquoi ? [Code: Obj]

10.11. Qui dans le village, dans les alentours ou dans la commune appréciez-vous beaucoup? [Code: PerRes]

10.12. Pourquoi ? [Code: RaiRes]

10.13. Y a-t-il des personnes dans l'UPA qui ont déjà fait la Mecque ? [Code: Mecq]

Oui ☐ [1]
Non ☐ [2]

(Si non, continuez avec partie 11)

10.14. Si oui, qui ? Cochez dans le tableau 20. [Code: MecP]

Tableau 20

Personne	A cocher
Chef de l'UPA	<input type="checkbox"/> [1]
Chef de ménage	<input type="checkbox"/> [2]
Epouse(s) du chef de l'UPA	<input type="checkbox"/> [3]
Autre (à préciser) : _____	<input type="checkbox"/> [4]

11. Habitation et aspect extérieur du ménage

11.1. Comment l'habitation du ménage se présente-t-elle ? Cochez dans le tableau 21. Plusieurs cases peuvent être cochées.

Tableau 21

Habitation du ménage 11.1	A cocher
Maison [Code: Mai]	
Maison en paille	<input type="checkbox"/> [1]
Maison en terre battue	<input type="checkbox"/> [2]
Maison en semi-dur (crépi en ciment)	<input type="checkbox"/> [3]
Maison (mur, sol) en dur	<input type="checkbox"/> [4]
Toiture [Code: Toi]	
Toiture en paille	<input type="checkbox"/> [1]
Toiture en terre battue	<input type="checkbox"/> [2]
Toiture en tôle	<input type="checkbox"/> [3]
Porte [Code: Por]	
Porte en bois	<input type="checkbox"/> [1]
Porte en tôle	<input type="checkbox"/> [2]
Autre (à préciser) : _____	<input type="checkbox"/> [3]
Fenêtres [Code: Fen]	
Fenêtre sans fermeture	<input type="checkbox"/> [1]
Fenêtre avec fermeture en bois	<input type="checkbox"/> [2]
Fenêtre avec fermeture en tôle	<input type="checkbox"/> [3]
Nombre de pièces dans le ménage [Code: NomC]	Nombre : <input type="checkbox"/>

11.2. Quelles sont les sources d'énergie, d'eau et d'éclairage du ménage ?
Cochez dans le tableau 22. Plusieurs cases peuvent être cochées.

Tableau 22

Source d'énergie pour la cuisine 11.2 [Code: Cui]	A cocher
Bois (foyer traditionnel)	[] [1]
Bois (foyer amélioré)	[] [2]
Charbon	[] [3]
Foyer à gaz, pétrole	[] [4]
Autre (paille, déchets etc.) (à préciser) : _____	[] [5]
Source(s) d'eau pour la consommation 11.2 [Code: Eau]	A cocher
Puits familial dans la cour	[] [1]
Puits traditionnel public	[] [2]
Puits public à grand diamètre	[] [3]
Forage public	[] [4]
Autre (à préciser) : _____	[] [5]
Source d'éclairage 11.2 [Code: Ecl]	A cocher
Bougie	[] [1]
Lampe à beurre de karité	[] [2]
Lampe à pétrole	[] [3]
Lampe solaire	[] [4]
Electricité	[] [5]
Autre (à préciser) : _____	[] [6]

11.3. Quelle est le type de toilette et l'état d'hygiène et de salubrité ?
 Cochez dans le tableau 23.

Tableau 23

Type de toilette avec latrine 11.3 [Code: NToi]	A cocher
Latrine en terre battue sans puisard	[] [1]
Latrine en terre battue avec puisard	[] [2]
Latrine à sol cimenté sans puisard	[] [3]
Latrine à sol cimenté avec puisard	[] [4]
Autre (à préciser) : _____	[] [5]
Nombre de toilettes dans le ménage 11.3 [Code: NToi]	Nombre : []
Hygiène et salubrité 11.3 [Code: Hyg]	A cocher
Dépôt d'ordures circonscrit (dans ou en dehors de l'UPA)	[] [1]
Dépôt d'ordures non-circonscrit	[] [2]
Cour propre (balayée, rangée etc.)	[] [3]
Cour plutôt sale	[] [4]
Toilettes sont éloignées de la cuisine	[] [5]
Toilettes sont proches de la cuisine	[] [6]

Hygiène et salubrité 11.3 [Code: Hyg]	A cocher
Cuisine est éloignée du parc d'animaux	<input type="checkbox"/> [7]
Cuisine est proche du parc d'animaux	<input type="checkbox"/> [8]
Puits éloigné des toilettes et/ou du parc d'animaux	<input type="checkbox"/> [9]
Puits est proche des toilettes et/ou du parc d'animaux	<input type="checkbox"/> [10]

12. CLOTURE DE L'ENTRETIEN

12.1. Commentaire de l'enquêté(e)

Ceci est la fin de l'entretien. Au nom des collaborateurs de l'étude, je vous remercie de votre disponibilité et patience. Après l'analyse et l'interprétation des données, nous vous inviterons à une restitution des résultats. Avant de finir, je voudrais vous donner la possibilité de commenter sur l'enquête ou de demander des questions si vous en avez encore.

12.2. Le questionnaire a-t-il été complètement terminé?

Oui ☐ [1]
Non ☐ [2]

12.3. Remarques de l'enquêteur

Cher enquêteur,

S'il vous plaît, notez ci-dessous toute sorte d'observation en ce qui concerne l'entretien qui vous semble importante. Cela peut regarder la qualité de l'entretien (volonté ou résistance de la personne de répondre), la présence d'autres personnes pendant l'entretien, les biens visibles dans la cour etc.

13. INFORMATIONS DE VERIFICATION

13.1. Nom du superviseur : _____ [Code: Sup][]

13.2. Date de la vérification : [][][]
Jour Mois An

13.3. Remarques du superviseur :

Date et signature de l'enquêteur :

Date et signature du superviseur :

Anhang 5: Fragebogen zu Sicherungsstrategien von Haushalten

Questionnaire semi structuré pour l'enquête sur
**La protection sociale contre les risques
en milieu rural au Mali**
(auprès des ménages)

Commune rurale de Kourouma, Aire de Santé de Kourouma

Dans le cadre d'une thèse de doctorat
en sociologie du développement, intitulée
« Protection sociale de la santé et différenciation sociale
en Afrique de l'Ouest »,

Université de Bayreuth, Allemagne
En collaboration avec
la Fondation Novartis pour un Développement Durable

0. INTRODUCTION DE LA DEUXIEME ENQUETE ET OBJECTIF DE L'ETUDE

Cette deuxième enquête est liée à la première à laquelle vous avez participé et poursuit également un but scientifique.

A cet effet, toutes les questions visent la compréhension des stratégies de protection sociale contre les risques en pratique dans votre communauté à travers vos réponses aux questions.

Vos réponses constituent votre opinion qui mérite tout le respect et demeure valable tant que vous la soutenez. Tout ce que vous direz ne vous engage à rien et ne sera utilisé que dans le cadre strict de l'objet cité plus haut.

1. DONNEES D'IDENTIFICATION

- 1.1 Nom de l'enquêteur: _____ [Code: Enq2] []
- 1.2 Date de l'entretien [] [] []
Jour Mois An
- 1.3 Numéro du questionnaire: []
[Code: Que2]
- 1.4 Village: _____ [Code: Vil2]
[]
- 1.5 Nom du chef de ménage : _____ [Code : Men2]
[]
- 1.6 Le ménage à enquêter est il membre de la mutuelle ?
[Code : Mem2]
- Oui [] [1]
- Non [] [2]
- 1.7 Nom de l'enquêté(e): _____ [Code : PerE2]
- 1.8 Lien avec le chef de ménage [Code: Lien2]
(si pas identique avec le chef de ménage)
- Epouse [] [1]
- Fils [] [2]

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----|
| Fille | <input type="checkbox"/> | [3] |
| Frère du chef de ménage | <input type="checkbox"/> | [4] |
| Mère | <input type="checkbox"/> | [5] |
| Autre (à préciser) : _____ | <input type="checkbox"/> | [6] |

1.9 Y a-t-il d'autres personnes présentes pendant l'entretien ?
[Code: Pre2]

- | | | |
|-----|--------------------------|-----|
| Oui | <input type="checkbox"/> | [1] |
| Non | <input type="checkbox"/> | [2] |

(si non, passez à la question 1.10)

1.10 Si oui, lesquelles ? [Code: Ppre2]

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----|
| Epouse | <input type="checkbox"/> | [1] |
| Fils | <input type="checkbox"/> | [2] |
| Fille | <input type="checkbox"/> | [3] |
| Frère du chef de ménage | <input type="checkbox"/> | [4] |
| Mère | <input type="checkbox"/> | [5] |
| Autre(s) (à préciser) : _____ | <input type="checkbox"/> | [6] |

1.11 Lieu de l'entretien [Code: LieuE2]

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----|
| A domicile | <input type="checkbox"/> | [1] |
| Autre (à préciser) : _____ | <input type="checkbox"/> | [2] |

2. RISQUES, PROBLEMES, CATASTROPHES ET LEUR GESTION

2.1 Quels sont les risques principaux auxquels votre ménage fait face ?

Notez les réponses dans le tableau 1.

2.2 Qu'est-ce que vous faites pour éviter que ces différents risques ne deviennent un problème réel pour le ménage?

Notez les réponses dans le tableau 1.

Tableau 1

Types de risque [Code: Ris] 2.1	Pas cocher	Stratégies pour éviter les risques [Code: RisEvi] 2.2	Pas cocher
1.	[]		[]
2.	[]		[]
3.	[]		[]
4.	[]		[]
5.	[]		[]
6.	[]		[]

2.3 Quand vous pensez aux trois dernières années : Est-ce qu'il y a un ou plusieurs risques qui sont devenus des problèmes réels ?

[Code: ProbRel]

Oui [] [1]

Non [] [2]

(si non, passez à la question 2.5)

2.4 Si oui, quels étaient les problèmes et quand est-ce qu'ils sont apparus?

Notez les réponses dans le tableau 2.

2.5 Qu'est-ce que vous avez fait pour gérer ces problèmes ?

Notez les réponses dans le tableau 2.

Tableau 2

Types de problème [Code: Prob] 2.4	Pas cocher	Période (année)	Stratégie pour gérer les problèmes réels [Code: ProbGer] 2.5	Pas cocher
1.	[]			[]
2.	[]			[]
3.	[]			[]
4.	[]			[]
5.	[]			[]
6.	[]			[]

2.6 Dans les dix dernières années avez-vous vécu des catastrophes qui ont bouleversé votre ménage ? [Code: CatVe]

Oui [] [1]

Non [] [2]

(si non, passez à la question 3.1)

2.7 Si oui, lesquelles et quand est-ce qu'elles sont apparues? Notez dans le tableau 3.

2.8 Qu'est-ce que vous avez fait pour surmonter les catastrophes ?

Notez dans le tableau 3.

Tableau 3

Types de catastrophe [Code: Cat] 2.7	Pas cocher	Période (année)	Action entreprise pour surmonter les catastrophes [Code: SurCat] 2.8	Pas cocher
1.	[]			[]
2.	[]			[]
3.	[]			[]

2.9 Qui vous a aidé dans ces situations catastrophiques ?

Cochez, pour chaque catastrophe nommée, dans le tableau 4.

Plusieurs personnes/organisations peuvent être cochées.

Tableau 4

Personne/organisation 2.9	Catastrophe1 [AideCat1]	Catastrophe2 [AideCat2]	Catastrophe3 [AideCat3]
Famille (UPA) [1]	[]	[]	[]
Autres parents [2]	[]	[]	[]
Voisins [3]	[]	[]	[]
Village [4]	[]	[]	[]
Eglise, communauté religieuse [5]	[]	[]	[]
Association, groupement [6]	[]	[]	[]
Commune/mairie [7]	[]	[]	[]
Etat [8]	[]	[]	[]
ONG [9]	[]	[]	[]
Autre (à préciser) [10] : _____	[]	[]	[]

3. RISQUES DE SANTE, ITINERAIRE DE TRAITEMENT ET FINANCEMENT

- 3.1 Pour parler d'un risque plus en détail – selon vous, qu'est-ce qui est un grand risque de santé qui peut menacer votre ménage?

Notez exactement comme la personne le dit ! [Code: RisSan]

- 3.2 Au sein de votre *ménage ou UPA*, qui est impliqué dans la prise de décisions *où faire traiter les malades* ? Cochez dans le tableau 5.
S'il y a plus d'une personne, montrez leur importance par le nombre de croix : xxx (important), xx (moyen), x (moins important).

Tableau 5

Personne 3.2	A cocher [Code : PerSan]
Chef de l'UPA	[<input type="checkbox"/>] [1]
Epouse(s) du chef de l'UPA	[<input type="checkbox"/>] [2]
Chef de ménage	[<input type="checkbox"/>] [3]
Epouse(s) du chef de ménage	[<input type="checkbox"/>] [4]
Mère du chef de ménage	[<input type="checkbox"/>] [5]
Tante	[<input type="checkbox"/>] [6]
Fils du chef de ménage	[<input type="checkbox"/>] [7]
Autre (à préciser) : <hr/>	[<input type="checkbox"/>] [8]

- 3.3 Une ou plusieurs de ces personnes, participent-elles à l'enquête ?

[Code : PerPar]

Oui [☐] [1]

Non [☐] [2]

- 3.4 Quand vous pensez au *dernier* cas de maladie «modérée» et ensuite au *dernier* cas « grave » dans votre ménage – qu'est-ce qui étaient les problèmes de santé des personnes souffrantes dans les deux cas respectifs? Notez les deux cas dans le tableau 6, même les termes locaux.

- 3.5 Pourquoi est-ce que vous considérez ce cas comme étant modéré et l'autre comme étant grave ? Notez aussi dans le tableau 6.

Tableau 6

Caractéristiques du cas de maladie <i>modérée</i> [Code: CasM] 3.4	Pas cocher	Caractéristiques du cas de maladie <i>grave</i> [Code: CasG] 3.4	Pas cocher
	[]		[]
Pourquoi est-ce <i>modéré</i> e? [Code: RCasM] 3.5		Pourquoi est-ce <i>grave</i> ? [Code: RCasG] 3.5	
	[]		[]

3.6 Quel âge et sexe avaient les personnes malades dans les deux cas respectifs ? Cochez dans tableau 7.

Tableau 7

Cas de maladie <i>modérée</i> Age [Code: SexAgeM] 3.6	Masculin	Féminin	Cas de maladie <i>grave</i> ; Age 3.6 [Code: SexAgeG]	Masculin	Féminin
Vieille personne (60 ans ou plus)	[] [1]	[] [2]	Vieille personne (60 ans ou plus)	[] [1]	[] [2]
Adulte (26–60 ans)	[] [3]	[] [4]	Adulte (26–60 ans)	[] [3]	[] [4]
Jeune (16–25 ans)	[] [5]	[] [6]	Jeune (16–25 ans)	[] [5]	[] [6]
Enfant (5–15 ans)	[] [7]	[] [8]	Enfant (5–15 ans)	[] [7]	[] [8]
Enfant (1–4 ans)	[] [9]	[] [10]	Enfant (1–4 ans)	[] [9]	[] [10]
Bébé (0–12 mois)	[] [11]	[] [12]	Bébé (0–12 mois)	[] [11]	[] [12]

3.7 Combien de temps (à peu près) a duré (ou dure) la maladie dans les deux cas respectifs? Notez la durée dans le tableau 8.

Tableau 8

Nombre de jours/semaines/mois etc. Cas de maladie <i>modérée</i> [Code: DCasM] 3.7	Nombre de jours/semaines/mois etc. Cas de maladie <i>grave</i> [Code: DCasG] 3.7

- 3.8 Dans les deux cas respectifs, qui a décidé où faire traiter la personne malade ? Cochez dans le tableau 9. Plusieurs personnes peuvent être cochées.

Tableau 9

Personne 3.8	Cas de maladie <i>modérée</i> [Code : PerM]	Cas de maladie <i>grave</i> [Code : PerG]
Chef de l'UPA	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [1]
Epouse(s) de chef de l'UPA	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [2]
Chef de ménage	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [3]
Epouse(s) de chef de ménage	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [4]
Mère du chef de ménage	<input type="checkbox"/> [5]	<input type="checkbox"/> [5]
Tante	<input type="checkbox"/> [6]	<input type="checkbox"/> [6]
Fils du chef de ménage	<input type="checkbox"/> [7]	<input type="checkbox"/> [7]
Autre (à préciser) : _____	<input type="checkbox"/> [8]	<input type="checkbox"/> [8]

- 3.9 Quel itinéraire les personnes malades ont-elles suivi dans les deux cas respectifs? (Mettez des flèches dans les deux schémas qui suivent pour retracer l'itinéraire des consultations.)

Itinéraire cas de maladie *modérée*



Itinéraire cas de maladie *grave*



3.10 Quels traitements les malades ont-ils reçu aux différentes consultations ? Portez les réponses dans le tableau 10.

Tableau 10

Cas de maladie <i>modéré</i>				Cas de maladie <i>grave</i>			
Étapes de traitement				Étapes de traitement			
Personne ou service consulté, automédication [Code: PerConM]		Traitement reçu [Code: TraiM]		Personne ou service consulté, automédication [Code: PerConG]		Traitement reçu [Code: TraiG]	
1.	[]		[]	1.	[]		[]
2.	[]		[]	2.	[]		[]
3.	[]		[]	3.	[]		[]
4.	[]		[]	4.	[]		[]
5.	[]		[]	5.	[]		[]
6.	[]		[]	6.	[]		[]

3.11 Pourquoi avez-vous choisi les différents prestataires/modes de traitement? Notez les raisons pour les deux cas respectifs dans le tableau 11.

Tableau 11

Personnes/services soignants, automédication 3.11	Raisons du choix dans le cas de maladie <i>modérée</i>		Raisons du choix dans le cas de maladie <i>grave</i>	
<i>Tradipraticien, marabout</i> [Code: TraConM] [Code: TraConG]		[]		[]
<i>Infirmier privé</i> [Code: InfConM] [Code: InfConG]		[]		[]
<i>CSCOM</i> [Code: CenConM] [Code: CenConG]		[]		[]
<i>Accoucheuse traditionnelle</i> [Code: AccConM] [Code: AccConG]		[]		[]
<i>Automédication médicaments</i> [Code: MedConM] [Code: MedConG]		[]		[]
<i>Automédication médecine traditionnelle</i> [Code: MtrConM] [Code: MtrConG]		[]		[]
<i>Autre (à préciser):</i> [Code: AuConM] [Code: AuConG]		[]		[]

3.12 Selon vous ou la personne souffrante en question, quel mode de traitement ou chez qui le service était le meilleur? Cochez dans le tableau 12. (une personne/un service consulté seulement !)

Tableau 12

Personne ou service préféré 3.12	Cas <i>modéré</i> [Code: MeiSoinM]	Cas <i>grave</i> [Code: MeiSoinG]
Tradipraticien, marabout [1]	[]	[]
Infirmier privé [2]	[]	[]
CSCOM [3]	[]	[]
Accoucheuse traditionnelle [4]	[]	[]
Automédication médicaments [5]	[]	[]
Automédication traditionnelle [6]	[]	[]
Autre (à préciser) [7]:	[]	[]

3.13 Pourquoi ? Notez dans le tableau 13.

Tableau 13

Personnes/services soignants	Raisons du meilleur service dans le cas de maladie <i>modérée</i>		Raisons du meilleur service dans le cas de maladie <i>grave</i>	
Tradipraticien, marabout [Code: TrachoisM] [Code: TrachoisG]		[]		[]
Infirmier privé [Code: InfchoixM] [Code: InfchoixG]		[]		[]
CSCOM [Code: CenchoixM] [Code: CenchoixG]		[]		[]
Accoucheuse traditionnelle [Code: AccchoixM] [Code: AccchoixG]		[]		[]
Automédication médicaments [Code: MedchoixM] [Code: MedchoixG]		[]		[]
Automédication médecine traditionnelle [Code: MtrchoixM] [Code: MtrchoixG]		[]		[]

<i>Autres (à préciser):</i>		[]		[]
[Code: AuchoixM]				
[Code: AuchoixG]				

3.14 Quand vous vous rappelez l'itinéraire du traitement dans les deux cas, combien avez-vous payé pour les services des prestataires (aussi automédication etc.) inclus transport?

3.15 Comment avez vous payé pour les différentes prestations ?

3.16 Qui a contribué au paiement pour les différentes prestations ?

NB Dans la première colonne, notez les prestataires qui ont été consultés pour les deux cas respectifs (**tableau 14 : maladie *modérée*** et **tableau 15 : maladie *grave***). Pour cela, utilisez le tableau 10 de la question 3.10.

Tableau 14

Cas de maladie <i>modéré</i>				
Prestation reçue inclus automédication 3.14 [Code: PrestM]	Coûts en argent ou en nature 3.14 [Code: CoûtsM]	Paiement 3.15 [Code: PaiM]		Personne(s)/ organisation(s) 3.16 [Code: ConPerM]
		Au comptant	A crédit	
1.		[] [1]	[] [2]	
2.		[] [1]	[] [2]	
3.		[] [1]	[] [2]	
4.		[] [1]	[] [2]	
5.		[] [1]	[] [2]	

Tableau 15

Cas de maladie <i>grave</i>				
Prestation reçue inclus automédication 3.14 [Code: PrestG]	Coûts en argent ou en nature 3.14 [Code: CoûtsG]	Paiement 3.15 [Code: PaiG]		Personne(s)/ organisation(s) 3.16 [Code: ConPerG]
		Au comptant	A Crédit	
1.		[] [1]	[] [2]	
2.		[] [1]	[] [2]	
3.		[] [1]	[] [2]	
4.		[] [1]	[] [2]	
5.		[] [1]	[] [2]	

3.17 Si ces personnes vous ont aidé dans votre traitement, est-ce que vous aussi, vous aidez ces ou d'autres personnes?

[Code: Rec]

Oui

[] [1]

Non

[] [2]

(si non, passez à la question 3.19)

3.18 Si oui, qui et comment ? Notez dans le tableau 16.

Tableau 16

Personne(s) [Code: PerRec]		Contribution [Code: ConRec]	
1.	[]		[]
2.	[]		[]
3.	[]		[]
4.	[]		[]

3.19 Avez-vous déjà utilisé les services du CSCOM de Kourouma ou de la maternité de Fôh? Cochez dans le tableau 17.

Tableau 17

	CSCOM de Kourouma [Code: UtiSerK]	Maternité de Fôh [Code: UtiSerF]
Oui [1]	[]	[]
Non [2]	[]	[]

(si non, passez au chapitre 4).

3.20 Si oui, quelles sont vos appréciations par rapport aux services offerts ?
Notez exactement comme la personne le dit !

[Code: AppSerK] [Code: AppSerF]

Kourouma :

Fôh :

4. CLOTURE DE L'ENTRETIEN

4.1 Commentaires de l'enquêté(e)

Ceci est la fin de l'entretien. Au nom des collaborateurs de l'étude, je vous remercie de votre disponibilité et patience. Après l'analyse et l'interprétation des données, nous vous inviterons à une restitution des résultats. Avant de finir, je voudrais vous donner la possibilité de commenter sur l'enquête ou de demander des questions si vous en avez encore.

4.2 Le questionnaire a-t-il été complètement terminé ?

[Code: QueTer1]

Oui ☐ [1]

Non ☐ [2]

4.3 Remarques de l'enquêteur

S'il vous plaît, marquez ci-dessous toute sorte d'observation en ce qui concerne l'entretien que vous semblez important. Cela peut regarder la qualité de l'entretien (volonté ou résistance de la personne de répondre), la présence d'autres personnes pendant l'entretien, des commentaires supplémentaires de l'enquêté(e) que vous ne pouvez pas intégrer ailleurs etc.

5. INFORMATIONS DE VERIFICATION

5.1 Nom du superviseur : _____ [Code: Sup1] []

5.2 Date de la vérification : [] [] []
Jour Mois An

5.3 Remarques du superviseur :

Date et signature de l'enquêteur :

Date et signature du superviseur :

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name und Vorname	SCHULZE, Alexander
Beruf	Entwicklungssoziologe (PhD; M.A.), Nachdiplom in Entwicklungszusammenarbeit (MAS)
Geburtsdatum und -ort	16.08.1971 in Bassum, Norddeutschland
Nationalität	Deutsch, Niederlassungsbewilligung C (Schweiz)
Familienstand	In Partnerschaft, 1 Kind
Privatadresse	Im Steinfeld 1 4214 Schönenbuch Schweiz
E-Mail und Telefon	schulzea@excite.com , +41797839892

Hochschulausbildung

2006-2013	<i>Promotion am Lehrstuhl für Entwicklungssoziologie der Kulturwissenschaftlichen Fakultät, Universität Bayreuth; Thema: „Gesundheitssicherung im Kontext sozialer Differenzierung im westlichen Sahel. Zur gesellschaftlichen Reichweite gemeindebasierter Krankenkassen im ländlichen Mali“</i>
10/1998-07/2000	<i>Nachdiplomstudium „Entwicklungszusammenarbeit“ (NADEL), Eidgenössische Technische Hochschule (ETH) Zürich Abschluss: Diplom (NDS ETHZ)</i>
9/1992-09/1998	<i>Studium der Soziologie, Ethnologie & Afrikanistik, Johannes Gutenberg- Universität Mainz & Universität Trondheim (NTNU), Norwegen Abschluss: Magister Artium (M.A.) im Fach Soziologie</i>

Höhere Schulbildung und Zivildienst

1990-1992	Zivildienst am Kreiskrankenhaus Bassum, Norddeutschland
1983-1990	Gymnasium Syke, Norddeutschland

Berufliche Tätigkeiten

04/2014-	<i>Advisor Health Systems Strengthening and Financing, Global Programme Health, schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit, Bern; verantwortlich für den Politikdialog und die Unterstützung globaler Initiativen zur Stärkung von Gesundheitssystemen und –Finanzierung</i>
----------	---

08/2010-02/2014	<i>Access Program & Research Manager, Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung, Basel; zuständig für Think Tank-Arbeit (Analysen, Vorträge, Publikationen) und Begleitung von Gesundheitsinitiativen im Bereich Zugang zu Gesundheitsdiensten</i>
11/2004-07/2010	<i>Manager Health Projects, Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung, Basel; zuständig für die Betreuung von Projekten zur Stärkung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und -Personals</i>
11/2000-10/2004	<i>Project & Communication Officer, Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung, Basel; zuständig für Gesundheitsprojekte in Mali/Tansania und die externe Kommunikation der Stiftung</i>
04/1999-04/2000	<i>Projektassistent im Koordinationsbüro der schweizerischen Direktion für Entwicklung & Zusammenarbeit (DEZA), Ouagadougou, Burkina Faso; Durchführung einer Armutsstudie in einer von der DEZA unterstützten städtischen Gemeinde (Ouahigouya)</i>

Sprachkenntnisse

Deutsch (Muttersprache)
 Englisch (fliessend in Wort & Schrift)
 Französisch (fliessend in Wort & Schrift)
 Norwegisch (fliessend in Wort & Schrift)
 Spanisch (solide Kenntnisse in Wort & Schrift)
 Niederländisch (solide Kenntnisse in Wort & Schrift)
 Kiswahili (Fortgeschrittenenkenntnisse in Wort & Schrift)

Ausgewählte wissenschaftliche Publikationen

1. Schulze, A. (2011): Improving financial access to healthcare through mutual health organizations? In: *Medicus Mundi Schweiz Bulletin* 120. Basel: 29-35.

2. Schulze, A. (2010): Krankenkassen-mitgliedschaft im ländlichen Mali. Eine neue Form der Gesundheitssicherung im Kontext sozialer Differenzierung. In: Dilger, Hansjörg & Bernhard Hadolt, Hg., *Medizin im Kontext. Gesundheit und Krankheit in einer vernetzten Welt*. Frankfurt a. M., Peter Lang- Verlag.

Als Ko-Author:

3. Alba, S., Nathan, R., Schulze, A., Mshinda, H. and C. Lengeler (2013): Child mortality patterns in rural Tanzania: an observational study on the impact of malaria control interventions. In: *International Journal of Epidemiology*.

4. Mkopi, A., Range, N., Amuri, M., Geubbels, E., Lwilla, F., Egwaga, S., **Schulze, A.** and F. van Leth (2013): Health Workers' Performance in the Implementation of Patient Centred Tuberculosis Treatment (PCT) Strategy under Programmatic Conditions in Tanzania: A Cross Sectional Study. In: *BMC Health Services Research*. 03/2013; 13. DOI:10.1186/1472-6963-13-101.

5. Mkopi A., Range N., Lwilla, F., Egwaga, S., **Schulze A.**, Geubbels, E., van Leth, F. (2012): Adherence to tuberculosis therapy among patients receiving home-based directly observed treatment: Evidence from the United Republic of Tanzania. In: *PLoS ONE* 7(12): e51828. doi:10.1371/journal.pone.0051828.

6. Dillip A., Alba, S., Mshana C., Hetzel, M.W., Lengeler, C., Mayumana, I., **Schulze A.**, Mshinda, H., Weiss M., Obrist B. (2012): Acceptability – a neglected dimension of access to healthcare: findings from a study on childhood convulsions in rural Tanzania. In: *BMC Health Services Research*.

7. Alba, S., Dillip, A., Hetzel, M.W., Mayumana, I., Mshana C., Makemba, A., Alexander, M., Obrist, B., **Schulze A.**, Kessy, F., Mshinda, H., Lengeler, C. (2010): Improvements in access to malaria treatment in Tanzania following community, retail sector and health facility interventions – a user perspective. In: *Malaria journal*. 9: 163.

8. Hetzel M.W., Obrist B., Lengeler C., Msechu J., Nathan R., Dillip A., Makemba A., Mshana C., **Schulze A.**, Mshinda H. (2008): Obstacles to prompt and effective malaria treatment lead to low community-coverage in two rural districts of Tanzania. *BMC Public Health*, 8:317.

9. Obrist B., Iteba N., Lengeler C., Makemba A., Mshana C., Nathan R., Alba S., Dillip A., Hetzel M.W., Mayumana I., **Schulze A.**, Mshinda H. (2007): Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action. *PLoS Medicine*, Vol 4, Issue 10, e308, 1-5.